**БЕЛЫЙ В.Я., РУСИН В.И., ФОМИН П.Д.,
САВИЦКИЙ А.Ф., ЧОБЕЙ С.М.**

КУНСТКАМЕРА АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

(редкое, необычное, сложное)

Ужгород
Всеукраїнське державне
видавництво «Карпати»
2020

УДК 617.55(0.064)
Б 43

В монографии освещены вопросы редких, необычных, фантастически сложных случаев в абдоминальной хирургии, требующих нестандартного подхода, необычных решений. Умение обобщать, анализировать, принимать грамотные решения и их реализовать – основные требования, предъявляемые профессии хирурга.

Последний раздел монографии посвящен вопросам деонтологии в хирургии. Авторы подробно изложили вопросы отношений между медиками и пациентами, взаимоотношения с правом, отношения с Богом.

Монография предназначена для практических хирургов, студентов медицинских вузов, интернов.

Рецензенты:

Дзюбановский Игорь Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии учебно-научного института последипломного образования Тернопольского государственного медицинского университета им. Л.Я. Горбачевского, Заслуженный деятель науки и техники Украины

Скрипко Василий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры онкологии Ивано-Франковского национального медицинского университета

Рекомендовано к печати:

Кафедрой хирургических болезней медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет» (протокол № 5 от 10 марта 2020 года)

Ученым советом медицинского факультета ГВУЗ «Ужгородский национальный университет» (протокол № 7 от 25 июня 2020 года)

«Кунсткамера абдоминальной хирургии» – 4620 книга Всеукраинского государственного ордена Дружбы народов издательства «Карпаты» с момента его создания (1945)

ISBN 978-966-671-532-9

© Білий В.Я., Русин В.І., Фомін П.Д., Савицький О.Ф., Чобей С.М., 2020
© Видавництво «Карпати», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРОВ 7

ГЛАВА 1
АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ... 9
1.1. Удвоение желудка 9
1.2. Мембранозная непроходимость выходного отдела желудка 18
1.3. Удвоение кишечника 20
1.4. Меккелев дивертикул 23
1.5. Мальротация тонкой кишки 30
1.6. Подвижная слепая и восходящая кишка 32
1.7. Внутренние грыжи 34
1.8.Кольцевидная поджелудочная железа 37
1.9.Аномалии развития желчного пузыря и желчных протоков 44
1.10.Дополнительный желчный проток 54

ГЛАВА 2
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 55
2.1. Болезнь Рандю-Ослера. 55
2.2. Солитарные изъязвления (синдром) Дьелафуа 59
2.3. Заворот желудка 63
2.4. Флегмона желудка 69
2.5. Острое расширение желудка 72
2.6. Артерио-мезентериальная непроходимость 12-перстной кишки 75
2.7. Дивертикулы желудка и 12-перстной кишки 85
2.8. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки 98
2.9. Кардиальные и субкардиальные (высокие) язвы желудка 98
2.10. Пенетрирующая язва желудка 101

2.11. Пенетрирующие язвы 12-перстной кишки..... 104
2.12. Рак желудка, осложненный перфорацией и кровотечением 137
2.13.Sprungmetastasen при раке желудка 138

ГЛАВА 3.
ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ 140
3.1. Дивертикулы тонкой кишки 140
3.2. Острая инвагинационная кишечная непроходимость тонкой кишки 141
3.3. О резекции подвздошной кишки вблизи илеоцекального угла 147
3.4. Спайки. Энтеролиз 150
3.5. Методы интубации тонкой кишки 156
3.6. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость 160
3.7. Ущемленные грыжи и тонкая кишка 164

ГЛАВА 4
ТОЛСТАЯ КИШКА 170

ГЛАВА 5
НЮАНСЫ ХИРУРГИИ ХОЛЕЛИТИАЗА 177

ГЛАВА 6
ХИРУРГИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ 183
6.1. Рецидивы язв после органосохраняющих операций 184
6.2. Пептические язвы гастроэнтероанастомозов 187
6.3. Синдром приводящей петли 192
6.4. Внутренние грыжи в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки 194
6.5. Синдром отключенной 12-перстной кишки, демпинг-синдром и не только 196
6.6. Трансплантация тонкой кишки после обширных ее резекций 198
6.7. Абсцессы брюшной полости 200
6.8. Хирургия в ближайшем послеоперационном периоде 216

6.8.1. Нагноение послеоперационной раны. 216
6.8.2. Эвентрация 217
6.8.3. Ранняя спаечная непроходимость кишечника или парез? 219
6.8.4. Послеоперационные кровотечения 221
6.8.5. Кишечные свищи 224
6.9. Вакуумное дренирование. 228

ГЛАВА 7. РАЗНОЕ 236
7.1. Дуоденостаз. 236
7.2. Некроз культи желудка после резекции по Бильрот II. 238
7.3. Пенетрация и перфорация язвы желудка в левую плевральную полость с образованием внутриплеврального абсцесса. 240
7.4. «Нестандартный» эзофаго-еюноанастомоз при гастрэктомии 241
7.5. Острый аппендицит в грыжевом мешке 241
7.6. Туберкулез червеобразного отростка. 242
7.7. Эхинококкоз печени 243
7.8. О разрушительной силе деструктивного панкреатита 245
7.9. Смертельное кишечное кровотечение, как осложнение гангренозно- перфоративного аппендицита 248
7.10. Гигантский метастаз рака желудка в левую долю печени 249
7.11. Профузное кровотечение из постбульбарных язв. 250
7.12. Профузное тонкокишечное кровотечение. 251
7.13. Желудочно-брюшной свищ. 252
7.14. Инородное тело брюшной полости 253
7.15. Инородное тело в паховом канале. 254
7.16. Инородные тела желудочно-кишечного тракта 255
Бывает 262
Хирурги говорят и пишут: 264
И уж совсем необычное… 266
Заключение 268

ГЛАВА 8.
ДЕОНТОЛОГІЯ9 В ХИРУРГІЇ. *В.Я. Білий, Я.Л. Заруцький, О.Ф. Савицький, А.Є. Ткаченко* 269
Введення 269
Основні поняття 270
Медицина і суспільство. Історія питання 273
Деонтологія в хірургії 282

8.1. Хірургічні школи. Навчання і оволодіння професією 283
8.2. Робота з пацієнтом та його родичами 286
8.3. Медична документація 291
8.4. Родичі 293
8.5. Правові проблеми 293
8.6. Хірург 295
8.7. Помилки хірургів 301
8.8. Фінансові справи 303
8.9. Хірургія і віра 304

Заключення 307

Додаток. ЕТИЧНИЙ КОДЕКС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРЯ 308

От авторов

В течение многих лет, даже десятилетий, авторы предлагаемой читателям книги занимаются плановой и неотложной абдоминальной хирургией. В студенческие годы они «пробовали» себя в различных хирургических дисциплинах – травматологии, комбустиологии, офтальмологии и др. Но выбор свой они сделали всё же пользу абдоминальной хирургии, которая привлекла их своей сложностью, нестандартностью, многообразием вариантов возникающих проблем и путей их решения, необходимостью уметь одновременно тонко наблюдать, здраво оценивать, мгновенно принимать решения и грамотно, а главное – успешно, их реализовывать. Именно абдоминальная хирургия, особенно неотложная, развивает у хирурга интуицию, фантазию, расширяет кругозор, побуждает к глубокому пониманию и изучению сущности патологических процессов, их влияние на выбор хирургической тактики, заставляя его находиться в «постоянной форме», развивать постоянным упражнением качества, свойства, так ярко описанные С.С. Юдиным: «…хирургу нужны четкость и быстрота пальцев скрипача и пианиста, верность глазомера и зоркость охотника, способность различать малейшие нюансы цвета и оттенков…, чувство формы и гармонии тела…, тщательность кружевниц и вышивальщиц шелком и бисером, мастерство кройки…, … умение шить и завязывать узлы двумя-тремя пальцами вслепую, на большой глубине; … необычайная сложность брюшной топографии и патологии требуют от абдоминального хирурга не только свойств, знаний и сообразительности архитекторов и инженеров, смелости и решительности полководцев, чувства ответственности юристов и государственных деятелей, высокого технического мастерства ориентировки, безупречной техники шитья и кройки и подлинного искусства при разгадке ребусов и китайских головоломок, каковыми предоставляются многие случаи кишечных узлообразований и заворотов…». Красиво сказано о красивой хирургии.

Авторы уже выпустили целую серию книг, посвященных абдоминальной хирургии – от боевой травмы живота до острого панкреатита. Но у них, как и у многих абдоминальных хирургов, за многие годы сформировалась своя, своеобразная «кунсткамера» – собрание редких, необычных, достаточно сложных случаев, требующих нестандартного подхода и необычных решений. В конце концов, вся абдоминальная хирургия, особенно неотложная, включает в себя не столько общеизвестные патологические формы, сколько кон-

кретные патологические случаи. Именно они требуют от хирурга вышеперечисленных качеств – умения обобщать, анализировать, схематизировать, принимать грамотные решения и реализовывать их. Именно о них и пойдет речь в предлагаемой читателям книге, которая, как мы надеемся, будет полезной как начинающим, так и опытным хирургам.

Авторы приносят глубокую благодарность слушателям Украинской военно-медицинской академии Линник-Верхотурцевой Ю.С., Буженику Б.Р., Босому Р.В., Трачуку Р.С. за помощь в оформлении монографии.

Рисунки: Жовтоножко А.И., Плахтырь З.О., Шапков В.Ю.

ГЛАВА 1.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Все живые организмы происходят из единой оплодотворенной яйцеклетки. Ей предстоит долгий путь делений, трансформаций, происходящих по единой, крайне сложной программе, суть которой человечеству удастся осмыслить, видимо, не скоро. В этой программе, как и в любой другой, независимо от авторства, могут быть «сбои», результат которых – варианты, не совпадающие с массовыми, общепринятыми вариантами. Они получили общее название – аномалии развития. Одни могут протекать практически бессимптомно всю жизнь, другие – служить причиной тяжелых, опасных для жизни осложнений, требующих активной хирургической помощи. Часто возникают сложные ситуации, при разрешении которых хирург должен знать о возможности их появления, уметь их диагностировать и устранять хирургическим путем. Случаются они достаточно редко, во многих клиниках с ними практически незнакомы, тем более важно знать – что это такое и что необходимо делать. Речь пойдет о тех аномалиях, которые проявляются во взрослом возрасте – их не так много. Большинство же – компетенция детских хирургов, иногда требующие срочных вмешательств в первые дни жизни.

1.1. Удвоение желудка

Удвоение желудка – достаточно редко встречающаяся аномалия развития, по крайней мере у взрослых. Число описанных в литературе случаев исчисляется десятками. Как правило, они выявляются при развитии осложнений, требующих хирургического лечения: чаще экстренного (перфорации, кровотечения, непроходимости), реже – планового (нарушения эвакуации). Этот порок развития формируется в течение 4-8-й недель эмбрионального периода, так называемого органогенеза. Среди причин наиболее популярно предположение Y.Z. Bremer (1944). Он считал главными из них отклонения в стадии вакуолизации первичной кишки, которые приводят к нарушениям процессов реканализации пищеварительной

трубки. При этом группа вакуолей отделяется, «отшнуровывается» от стенки основного канала, образуя дополнительные полости, которые могут располагаться изолированно или сообщаться с полостью желудка. Эти образования, их стенки имеют практически то же строение, что и основной орган, имеют с ним общую иннервацию, кровоснабжение, лимфоотток. Их локализация может быть различной – у передней или задней стенки желудка, в области пилорического канала, тела или дна, крайне редко – отдельно от желудка, и даже в другой полости – например, в средостении. Различны и форма удвоений: они бывают удлиненной (тубулярной) формы, бывают и сферическими (кистовидными). Если образование не сообщается с основным просветом желудка, его полость заполнена продуцируемым слизистой оболочкой секретом. Если между полостями есть сообщение – в него свободно проникают пищевые массы, которые при неосложнённом течении достаточно легко с помощью перистальтических сокращений удаляются.

Удвоение желудка может протекать бессимптомно. В таких случаях его случайно выявляют при обследовании по поводу других заболеваний, во время внутриабдоминальных операций и, наконец, при патологоанатомических вскрытиях. При прижизненной диагностике в каждом конкретном случае решение по поводу лечебной тактики принимают индивидуально – от удвоения либо избавляются хирургическим путем, либо организовывают динамическое наблюдение, при этом крайне важно проинформировать больного о наличии аномалии с подробной характеристикой возможных осложнений, при развитии которых пациент должен сразу поставить в известность лечащего врача в стационаре – это значительно упростит и ускорит диагностику, направит её ход в нужное русло.

> ***«Кто владеет информацией, тот владеет миром».***
>
> **Девиз информатики.**

Гастральные удвоения могут быть одиночными и множественными. Наиболее частая локализация – передняя стенка желудка по большой кривизне, ближе к антральному отделу. Несколько реже они прилежат к задней стенке органа. Удвоения могут сообщаться как с полостью желудка, так и между собой (если их несколько).

Клиническая картина при удвоениях желудка может проявляться несколькими основными вариантами:

➢ Бессимптомное течение: не связанные с просветом желудка удвоения, удачно расположенные (не препятствуют эвакуации желудочного содержимого), не воспаляющиеся и не растущие никаких беспокойств больному не доставляют, и могут ничем не проявляя себя, прожить в мире с пациентом до конца его дней; так же ведут себя и удвоения, имеющие сообщение с просветом желудка, если они хорошо, без задержек опорожняются, т.е. беспрепятственно избавляются от попавших в них пищевых масс.

➢ Осложненное течение:

а) изолированные (кистовидные) удвоения желудка постепенно увеличиваясь в размерах и переполняясь секретом слизистой оболочки могут вызывать сдавление прилежащего полого органа и приводить к различной степени выраженности нарушениям эвакуации, вплоть до острой непроходимости, с соответствующей клинической картиной; описаны сдавления выходного отдела желудка, 12-перстной кишки, абдоминальной части пищевода, при проникновении в средостение – сдавление бронхов, при тесном контакте с печеночно-двенадцатиперстной связкой – внепеченочных желчных путей.

б) изолированные удвоения могут приводить и к «острым состояниям» при развитии в их полости воспаления и инфекции; в таких случаях они превращаются в абсцесс, либо дают перфорации (иногда с кровотечением) с развитием местного или разлитого перитонита.

в) сообщающиеся с желудком удвоения могут заполняться пищевыми массами и при плохом опорожнении, застое в их просвете осложняться образованием эрозий, острых язв, которые в свою очередь могут привести к кровотечениям, перфорации; описаны случаи развития в таких пораженных хроническим воспалением удвоениях рака.

Клинические проявления осложнений удвоений желудка зависят от описанных выше вариантов.

При механическом сдавлении просвета полого органа (чаще всего – выходного отдела желудка) больные жалуются на снижение аппетита, чувство тяжести в эпигастральной области, рвоту накануне съеденной пищей, похудание. При сдавлении пищевода – явления дисфагии, при локализации в средостении – дисфагия, кашель, одышка, развитие ателектазов и пневмонии. Удвоения, имеющие тесный контакт с печеночно-двенадцатиперстной связкой, могут привести к развитию механической желтухи, холангита.

Воспаление, а особенно – нагноение содержимого, проявляются общей слабостью, апатией, повышением температуры тела, характерными изменениями периферической крови (лейкоцитоз, токсическая зернистость, сдвиг формулы «влево», увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации и др.), появлением признаков механической непроходимости, образованием инфильтратов. Перфорация воспалённого образования проявляется симптомами местного и разлитого перитонита.

Острые эрозии и язвы, развившиеся в имеющих сообщение с просветом желудка удвоениях, могут осложниться кровотечениями, клинические проявления которых ничем не отличаются от внутренних кровотечений другой этиологии. Степень их выраженности полностью определяется степенью кровопотери и реакцией на неё организма. Это внешние признаки: бледность кожных покровов, холодный пот, рвота с примесью крови (жидкой и сгустков), чёрный стул, мелена. При объективной оценке состояния – тахикардия, снижение артериального давления. О других объективных признаках скажем позже.

Острые язвы могут привести к ещё одному опасному осложнению – перфорации с развитием местного или разлитого перитонита с клинической картиной, типичной для перфоративных язв желудка: внезапное появление резких болей в животе, бледность кожных покровов, холодный пот, скованность позы, вынужденное положение тела, тахикардия, снижение артериального давления, доскообразный живот в начальных стадиях развития перитонита, отсутствие перистальтики, притупление в отлогих местах живота и т.д.

При локализации удвоения желудка в средостении и при прорыве в бронх могут появиться приступы кашля с отхождением большого количества мокроты с примесью гноя, остатков пищи, крови (цвет кофейной гущи).

Диагностика удвоения желудка достаточно сложна, даже при наличии в распоряжении хирурга самых современных технологий. Очень сложно грамотно трактовать полученную информацию, особенно если специалисты не знают, а значит и не предполагают, о возможности наличия подобной аномалии развития. Крайне важно, ещё раз повторяем, быть информированным, и перед вынесением заключения помнить о таком варианте.

Для многих клиник основным, привычным, традиционным методом диагностики заболеваний желудка остается рентгенологический. Несмотря на это, трактовка рентгенологических «находок»

во многих случаях представляет определенные трудности, требует опыта как рентгенолога, так и хирурга, чьё присутствие во время обследования мы считаем обязательным. Совместное обсуждение, анализ клинических и рентгенологических данных – залог успеха, т.е. грамотного заключения.

Рентгенологические признаки удвоения желудка в основном определяются типом аномалии, а именно – наличием или отсутствием соустья между их полостями. При обследовании желательно использовать водорастворимый контраст, а не бариевую взвесь. Он более четко прорисовывает структуру, «узор» слизистой оболочки желудка, легче проникает в дополнительную полость при наличии сообщения.

Описаны следующие рентгенологические признаки удвоения желудка:

– при изолированных, не имеющих сообщения с просветом желудка образованиях, определяются, как правило, различной степени выраженности «дефекты наполнения» в месте расположения удвоения, которые расцениваются чаще всего как доброкачественные опухоли или кисты (псевдокисты). Слизистая оболочка над ними сохраняет свой рисунок, перистальтика присутствует, но ослаблена. Эвакуация контраста зависит от степени сужения основного просвета желудка – от отсутствия нарушений до полного прекращения. Могут определяться антиперистальтические волны;

– при сообщающихся с просветом желудка удвоениях рентгенологическая картина зависит от вида соустья – орального, аборального или двустороннего. При оральном варианте дубликатура (трубчатая, сферическая) располагается вдоль желудка дном к 12-перстной кишке, при аборальном – к пищеводу, при двустороннем – в виде паралельно основной оси желудка канала (рис. 1,2,3, сделанные с рентгенограмм).

Попавший в просвет дубликатуры контраст при первом варианте эвакуируется антиперистальтическими по отношению к оси желудка сокращениями, при втором и третьем – изоперистальтическими. При первом и втором вариантах может определяться дополнительный газовый пузырь.

Весьма полезным в диагностике изолированных удвоений желудка является **ультразвуковое исследование (УЗИ)**. С его помощью удается достаточно надежно определить само образование и основные его характеристики – локализацию, форму, размеры, структуру стенок, содержимое.

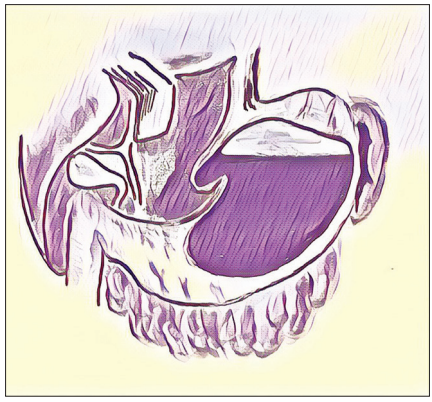


Рис. 1. **Дубликатура желудка при оральном расположении соустья в виде дивертикула (рисунок с рентгенограммы).**



Рис. 2. **Дубликатура желудка при аборальном расположении соустья. Дополнительный газовый пузырь (рисунок с рентгенограммы).**

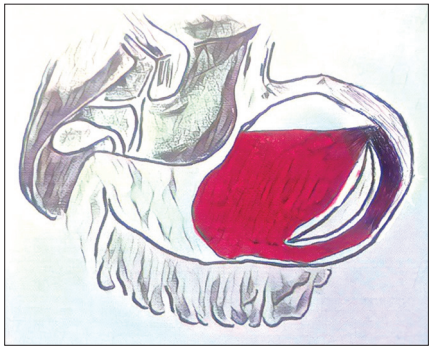


Рис. 3. **Дубликатура желудка при двустороннем соустье. Определяется дополнительное, параллельное большой кривизне образование с транзитным продвижением контраста.**

Для уточнения диагноза могут быть использованы **эндосонография, эзофагогастродуоденоскопия с тонкоигольной пункцией, компьютерная томография, магниторезонансная томография.** Дополнительное контрастирование значительно расширяет возможности перечисленных методов. Главное – рациональное их применение и грамотная трактовка.

Лечение выявленных удвоений желудка – хирургическое. При случайных, бессимптомных находках удвоений желудка решение об операции принимают индивидуально. При этом необходимо помнить, что эти образования могут давать серьезные, опасные для жизни осложнения – нарушение эвакуации из желудка (по типу стенозов), нагноение содержимого с перфорацией, кровотечения, малигнизацию. По имеющимся в литературе сведениям используют такие операции, как резекция дополнительного желудка (при небольших

размерах образования), гастростомию, марсупиализацию (крайне редко). При большой протяженности удвоения формируют анастомоз между образованием и тощей кишкой, обработанной по Ру.

Нам пришлось оперировать двух пациентов по поводу осложненного течения удвоений желудка.

Больной П., 20 лет, студент. Поступил в клинику с жалобами на резкие боли по всему животу, тошноту, рвоту накануне съеденной пищей. Накануне вечером при полном покое почувствовал озноб. Температура тела поднялась до 38 ◦ С. Вслед за этим появились сильные боли в эпигастрии – постоянные, ноющие, распирающие. Присоединилась тошнота, была однократная рвота. Через несколько часов боли резко усилились, распространились на весь живот, стало трудно дышать. Каретой скорой помощи доставлен в приемное отделение с диагнозом – «острый живот». При осмотре: лицо осунувшееся, бледное, покрыто холодным потом. Положение на кушетке вынужденное – на правом боку с подтянутыми к животу коленями. Температура тела – 38,2°С. АД – 100/60. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Живот втянут, доскообразный. При пальпации – напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность по всей поверхности. При перкуссии – притупление в отлогих местах. При пальцевом исследовании прямой кишки – болезненность ампулы, нависания нет. Печеночная тупость сохранена. Лейкоцитоз 12×109/л. В моче – следы белка. На обзорной рентгенограмме – свободного газа в брюшной полости нет, в полости малого таза и в межпетельных пространствах – жидкость. При ФГДС – резкая гиперемия и отечность слизистой в антральном отделе желудка, признаков язвы нет. При повторной рентгенографии – газ в тонкой кишке, в свободной брюшной полости нет. Диагноз – разлитой перитонит неясной этиологии, реактивная фаза. Операция под эндотрахеальным наркозом. Верхнесрединная лапаротомия. В брюшной полости около 500 мл мутной жидкости без запаха, без примеси желчи и пищевых масс. Выпот удален с помощью электроотсоса. При ревизии на передней стенке антрального отдела желудка выявлено овальной формы образование размером 6×3 см с перфоративным отверстием в центре диаметром 1,5 см. края разреза «вывернуты» кнаружи. Зона перфорации отграничена влажными марлевыми тампонами, ревизия продолжена. Других патологических изменений не выявлено. Тонкая кишка спазмирована. Ревизовано обнаруженное образование. Через перфоративное отверстие в его просвет введен палец: обнаружена замкнутая полость,

выстланная слизистой желудка без сообщения с основным просветом. Диагноз: дополнительный желудок, осложнившийся нагноением содержимого и перфорацией передней стенки, разлитой серозно-фибринозный перитонит, реактивная фаза. Выполнена резекция желудка в объёме 2/3 с формированием гастро-энтероанастомоза по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера на короткой петле, позадиободочно. Брюшная полость промыта стерильным физиологическим раствором, осушена электроотсосом. Дренажи в полость малого таза и к культе 12-перстной кишки. Послойный шов раны. Течение благополучное. Выписка через 10 дней под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. Препарат: резецированная дистальная часть желудка; на передней стенке пилорического отдела полое образование овальной формы размером 6×3 см. Его стенка гиперемирована, отечна, утолщена по сравнению со «здоровой» частью желудка в 2 раза; выстлана слизистой оболочкой (гиперемирована, складки утолщены); мышечный слой в месте контакта с желудком – общий, на остальном протяжении – самостоятельный. Слизистая желудка в проекции образования – гиперемирована. Питающие образование сосуды – веточки правой желудочно-сальниковой артерии. Содержимое – остатки гноя. Гистологически – стенки образования имеют типичные для желудка слои – слизистая, подслизистый слой, мышечная оболочка, серозный покров. Полнокровие, стазы, отек.

Больной К., 35 лет, рабочий. Доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение с диагнозом желудочно-кишечное кровотечение. Пациент считал себя здоровым человеком – на динамическом учете не состоял, в анамнезе – простудные заболевания, детские инфекции, две легкие производственные травмы. Всё же удалось выяснить, что иногда его беспокоили боли в эпигастральной области, типа резей, непродолжительные, самостоятельно купирующиеся. За два дня подобные боли появились вновь, однако в отличие от предыдущих случаев, приобрели постоянный, ноющий характер, без иррадиации. К врачу не обращался, как многие другие, связал их с «погрешностями» в диете – накануне с коллегами по работе отмечали «аванс». На фоне болей появилась рвота с примесью крови, был черный жидкий стул, развилась слабость. Карета скорой помощи доставила его в клинику. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Слизистая – розового цвета. Язык – суховат, обложен у корня белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Сим-

птомов раздражения брюшины, притупления в отлогих местах нет. Перистальтика усилена, выслушивается урчание. Per rectum – стенки безболезненны, нависания сводов нет, на перчатке – кал черного цвета. Лейкоцитоз – 10×109/л, гемоглобин – 80 г/л, гематокрит – 30%, эритроциты – 2,5 млн/мл. При экстренной ФГДС в полости желудка до 200 мл измененной крови с мелкими сгустками. При исследовании на задней стенке тела желудка у большой кривизны обнаружен воронкообразный вход в дивертикулоподобное образование, диаметром до 2 см, без воспалительного вала по окружности, с фиксированным и свисающим в просвет желудка кровяным сгустком и подтеканием жидкой темной крови. Сгусток удален с помощью биопсийных щипцов, кровотечение из «дивертикула» усилилось. Технических возможностей для ревизии полости «дивертикула» и эндоскопического гемостаза не было. Полость «дивертикула» промыта аминокапроновой кислотой. Принято решение на операцию. После краткосрочной (40 мин) интенсивной предоперационной подготовки больной взят в операционную. Верхнесрединная лапаротомия. Выпота нет. Петли тонкой кишки умеренно расширены, в просвете – темная кровь, перистальтика отчетливая, умеренное количество газа – результат ФГДС. Передняя стенка желудка без изменений. Луковица 12-перстной кишки не деформирована. Рассечена желудочно-ободочная связка. Осмотрена задняя стенка органа. Вдоль большой кривизны – от средней её трети до дна желудка расположено веретенообразное образование длиной 12 см и диаметром до 2,5 см – плотное, отечное, с инъецированными сосудами, рыхло спаянное на всем протяжении с желудочной стенкой. Аккуратно спайки тупо разделены, «дивертикул» выведен в рану. Сосуды, питающие его от стенки желудка, прошиты атравматической нитью у основания. Наложены швы-держалки. «Дивертикул» отсечен. Отверстие в стенке желудка ушито одиночными узловыми швами в 2 ряда. Дефект в желудочно-ободочной связке ушит. Послойный шов раны. Препарат: дивертикулярное образование веретенообразной формы, указанных выше размеров. Стенки утолщены, плотны, отечны. Покрыто брюшиной со всех сторон. В просвете – сгустки крови, на слизистой – множественные острые язвы диаметром от 3 до 5 мм, с тромбированными сосудами. При гистологическом исследовании – все слои стенки, присущие желудку. Диагноз – удвоение желудка сообщающееся с основным просветом, осложненное образованием острых язв и кровотечением средней степени тяжести. Течение благополучное. Выписка на 14 день.

1.2. Мембранозная непроходимость выходного отдела желудка

Эта аномалия развития желудка действительно достойна кунсткамеры. У взрослых она встречается крайне редко. В литературе описано немногим более 100 наблюдений. Основная часть приходится на долю детских хирургов. По их данным врожденная мембранозная непроходимость желудка или 12-перстной кишки встречается в 1 случае на 40000 родов, т.е. значительно чаще, чем у взрослых. Эта аномалия развития является следствием задержки или незавершенного процесса реканализации эмбриональной эпителиальной окклюзии пищеварительной трубки. В желудке мембраны в основном встречаются в пилорическом отделе. Изначальная эластичность и наличие отверстия длительное время могут не давать никаких патологических проявлений. Но с течением времени вследствие травматизации (грубая или острая пища) воспаление приводит к рубцовой деформации мембраны, сужению отверстия, нарушениям проходимости со значительными клиническими проявлениями, которые могут потребовать хирургического лечения. Сами мембраны имеют достаточно сложное строение: в их составе переплетенные волокна соединительной ткани, кровеносные сосуды, гладкомышечные волокна, они с обеих сторон покрыты эпителием желудочного типа. Толщина неизмененной мембраны составляет в среднем 1-2 мм, но при длительном воспалении она резко утолщается и может достигнуть 7 мм. У взрослых в мембране имеется отверстие диаметром до 1,5-2 см. меньшие размеры сопровождаются клиникой пилорической непроходимости, при развитии рубцовых изменений приобретающей острый характер. Диагностика начинается с анализа жалоб (клинической картины), дополняется чаще всего рентгенологическим исследованием и ФГДС, которые ставят убедительную точку над «i». Лечение, при развитии осложнений, – хирургическое. В каждом конкретном случае решение принимается в зависимости от сложившийся ситуации:

«Хирург – закройшик из материала заказчика».

Применяют: простое иссечение мембраны через гастротомическое отверстие; дополняют пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу; выполняют антрумэктомию. Если наличие мембраны сочетается с

язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, простого иссечения недостаточно – операция должна иметь патогенетическое содержание по отношению к язве, а это либо резекция желудка, либо ваготомия с иссечением мембраны и пилоропластикой.

В нашей практике был лишь один случай мембранозной непроходимости желудка:

Больной Т., 40 лет, инженер, поступил в клинику для обследования и планового оперативного лечения с предположительным диагнозом – субкомпенсированный язвенный стеноз пилорического отдела желудка. Под динамическим наблюдением не находился, не обследовался. Жалобы на появление тяжести в эпигастральной области после еды, отрыжку, после обильного застолья – рвоту только что съеденной пищей, приносящую облегчение. В течение последнего месяца появились ночные боли в эпигастрии и правом подреберье. Похудел за это время на 2 кг. При объективном обследовании обращает на себя внимание болезненность в правом подреберье при глубокой пальпации и «шум плеска» в эпигастрии. При рентгенологическом исследовании обнаружен увеличенный в размерах, вяло перистальтирующий желудок, рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки с наличием депо бария диаметром 1,0 см на задней стенке луковицы и подозрение на наличие мембраны в 4 см проксимальнее привратника в пилорическом отделе желудка с отверстием в центре. Диагноз подтвержден при ФГДС. Больной оперирован в плановом порядке. Предварительный диагноз подтвердился полностью. У пациента выявилась язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная стенозом и мембрана пилорического отдела желудка, рубцово измененная, толщиной до 3 мм с отверстием в центре 7 мм. Выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера на короткой петле, позадиободочно. Послеоперационный период без особенностей. Выписан на 9-е сутки. На рис. 4 представлены изменения в желудке и 12-перстной кишке:

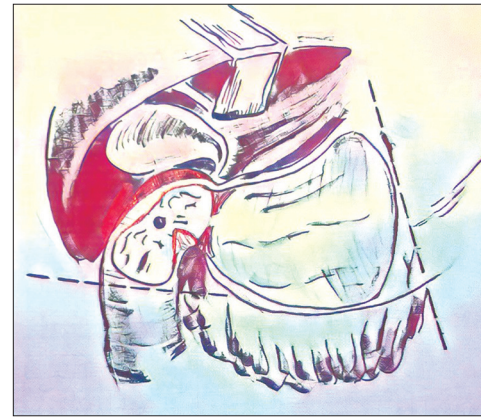


Рис. 4. **Схема изменений в желудке и 12-перстной кишке у больного Т.**

1.3. Удвоение кишечника

Как и удвоения желудка, это достаточно редко встречаемая аномалия развития. Убедительных теорий и причин их появления, к сожалению, нет. В общем плане – это «сбои» в программе эмбрионального развития организма. Хирургам важно знать, что они есть и четко представлять о возможных осложнениях, требующих оперативного лечения.

Удвоения кишечника могут возникнуть и располагаться в любом его отделе. Наиболее часто они встречаются в илеоцекальной области. Форма – самая разнообразная: округлые, веретенообразные, мешковидные. Чаще всего они достаточно тесно связаны с прилежащей кишкой, но могут располагаться и на определенном расстоянии от нее и даже иметь свою брыжейку. Описаны случаи, когда длинные трубкообразные дубликатуры с брыжейкой располагались в заднем средостении. При тесном контакте с кишкой удается определить неглубокую разделительную борозду. Попытки воспользоваться ею для разделения образований во время операции к успеху не приводят из-за общей мышечной оболочки. Изнутри удвоения высланы эпителием, свойственным тому или иному отделу желудочно-кишечного тракта – желудочным, кишечным. В крайне редких случаях в одном образовании встречается эпителий нескольких участков ЖКТ. Вид эпителия во многом определяет характер содержимого удвоений. Желудочный эпителий выделяет кислоту, что может привести к образованию эрозий и язв с характерными осложнениями – кровотечением и перфорацией. Кишечный эпителий приводит к накоплению внутри просвета слизи, способной к инфекционным осложнениям. Если удвоение имеет сообщение с основным просветом кишки, в нем может быть химус, каловые массы, газ.

Дубликатуры кишечника могут протекать бессимптомно и быть случайной находкой во время интраабдоминальных операций или специальных обследований (КТ, ирригоскопия и т.д.). Осложнения чаще встречаются в детском возрасте – это компетенция детских хирургов. Но они возможны и в старшем возрасте, у взрослых. Активно секретирующие удвоения кистообразного вида могут увеличиваться в размерах и сдавливать просвет расположенной рядом кишки, приводя к острой кишечной непроходимости. Слизистая желудочного типа продуцирует кислоту, следствием чего могут быть язвы, приводящие к кровотечениям и перфорации. Крупные образования могут привести к сдавлению сосудов брыжейки и некрозу кишки. Неболь-

шие по диаметру удвоения, расположенные на стенке тонкой кишки, могут стать причиной инвагинации с последующей острой кишечной непроходимостью и некрозом инвагината. Основные варианты расположения дубликатур кишечника представлены на рис. 5,6,7.

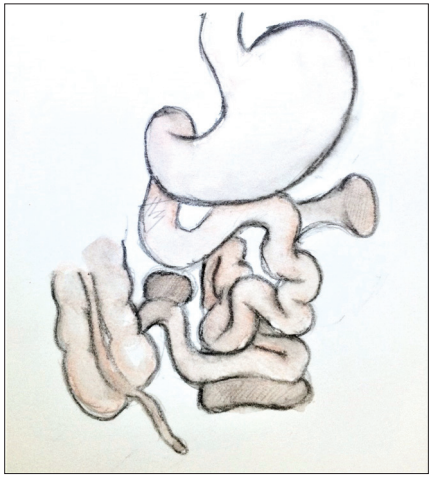


Рис. 5. **Дубликатуры тонкой кишки.**

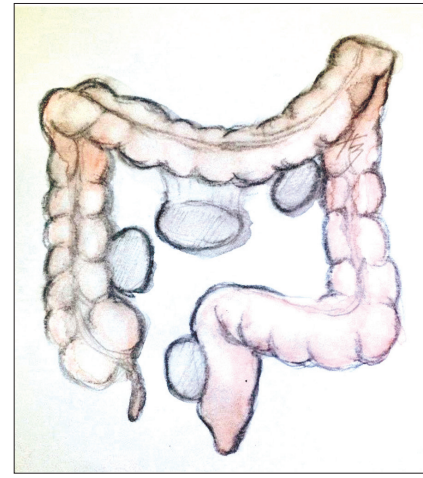


Рис. 6. **Дубликатуры толстой кишки.**

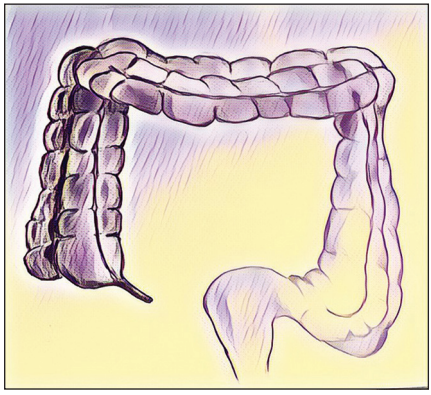


Рис. 7. **Дубликатуры ободочной кишки.**

Клинические симптомы определяются характером развившегося осложнения. В связи с этим используются и методы обследования и диагностики. Осложнения определяют и показания к операции. Окончательный диагноз устанавливают, как правило, во время вмешательства. Возможны два основных вида хирургического лечения – удаление удвоения (если это возможно) и резекция дубликатуры вместе с участком расположенной рядом кишки.

Под нашим наблюдением было два пациента с удвоениями кишечника:

Больной И., 30 лет, поступил в клинику с диагнозом острый аппендицит. При обследовании он был подтвержден и уточнен:

острый деструктивный аппендицит, осложненный местным отграниченным перитонитом. Операция под эндотрахеальным наркозом. Доступ по Волковичу-Дьяконову. При ревизии выявлен инфильтрат в области илеоцекального угла в составе слепой кишки, червеобразного вторично измененного отростка и кистозного образования нераздельно связанного с терминальным отделом подвздошной и начальным отделом восходящей кишки. Стенки органов, вовлеченных в инфильтрат, гиперемированы, утолщены, с инъецированными сосудами. При пункции кистозного образования получен гной. Отделение его от прилежащих кишок признано технически сложным и опасным. Разрез продлен кверху. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с формированием илео-трансверзоанастомоза по типу «бок-в-бок». Ушивание париетальной брюшины. Дренажи в забрюшинное пространство, полость малого таза и подпеченочное пространство. При ревизии других изменений не выявлено. Препарат: резецированные части подвздошной и восходящей кишок с кистозным образованием диаметром около 5 см, не сообщающимся с основными просветами, имеющим все слои кишечной стенки, выстланное утолщенной гиперемированной слизистой, заполненное гноем. Послеоперационное течение гладкое, выписка на 12 сутки.

Больной С., 27 лет, поступил в клинику через 6 часов от начала приступа острых болей в животе с диагнозом «острая кишечная непроходимость». При обследовании диагноз был подтвержден: схваткообразные боли в брюшной полости, тошнота, рвота примесью кишечного содержимого, не приносящая облегчения, вздутый живот, резко усиленная перистальтика в верхней половине живота, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. На обзорной рентгенограмме – множественные тонкокишечные уровни, в брюшной полости – выпот. Начата консервативная терапия, составленная как и предоперационная подготовка. Через 1 час заметного улучшения не наступило. Больной взят в операционную. Средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости около 600 мл. прозрачного выпота с геморрагическим оттенком (удален электроотсосом). При ревизии в 70 см. от илеоцекального угла выявлен участок подвздошной кишки длиной около 15 см., резко утолщенный, гиперемированный, плотной консистенции. Внутри пальпируется округлое плотное образование, диаметром около 2,5 см., в проксимальной части – инвагинационные ворота. Других изменений нет.

Петля выведена наружу, обложена марлевыми тампонами. Диагноз инвагинации сомнений не вызывал, пальпируемое уплотнение расценено как дивертикул Меккеля. При дезинвагинации путем «выдавливания» инвагината показалась некротизированная кишка. Процедура прекращена. Выполнена резекция 40 см. тонкой кишки с формированием анастомоза по типу «конец в конец». Предварительно произведено однократное опорожнение приводящей кишки с помощью назоэнтерального зонда. Дефект в брыжейке ушит. Дренаж в полость малого таза. Послойный шов раны. Препарат: резецированный фрагмент подвздошной кишки с некротизированным инвагинатом, на вершине которого со стороны серозной оболочки обнаружено кистозное образование диаметром 2,5 см., не сообщающееся с просветом кишки, содержащее густую вязкую слизь. Образование расценено как удвоение подвздошной кишки (подтверждено при гистологическом исследовании). Послеоперационное течение гладкое. Выписка на 15 сутки.

1.4. Меккелев дивертикул

Меккелев дивертикул – врожденная аномалия тонкой кишки, образовавшаяся в результате неполного обратного развития желточного протока и проявляющаяся наличием выпячивания (кармана) подвздошной кишки. Такая ситуация встречается не так уж и редко – примерно у 2-3% людей. Традиционное место локализации дивертикула – стенка подвздошной кишки в 50-60 см. от илеоцекального угла (в среднем), бывают и другие варианты – и 20 см. и 1,5 м. Форма дивертикулов различная – шаровидная, конусовидная, веретенообразная, длина – тоже: от 5-6 см. до 100 см. Он расположен на противобрыжеечном крае кишки, но иногда и на боковой стенке. Он может располагаться свободно, «свисая» в брюшную полость, но может иметь сращения с пупочным кольцом, брыжейкой кишки, мочевым пузырем, маткой (у женщин) и другими органами. Аномалия у многих её «владельцев» может никак не проявляться в течение всей жизни, а может стать источником многих неотложных состояний в брюшной полости.

Несмотря на то, что начиная с первых десятилетий прошлого века патологические состояния, связанные с Меккелевым дивертикулом подробно изучены и описаны, молодые хирурги об этом мало что знают и каждый раз, сталкиваясь с ними, искренне удивляются. А необходимо не только о них знать, но и активно выявлять и при-

нимать активные меры. Только в генезе острой кишечной непроходимости Меккелев дивертикул выступает в одиннадцати ипостасях (по Hilgenreiner):

- ущемление фиксированным дивертикулом;
- дивертикулярные узлы свободного дивертикула;
- сдавлениие кишечника;
- стеноз кишечника;
- перекручивание кишечника;
- перегиб вследствие тяги;
- инвагинация дивертикула;
- инвагинация через дивертикул, открытый в пупок;
- непроходимость воспалительного происхождения;
- различные ущемления самого дивертикула;
- сочетания нескольких вариантов.

Кроме того, дивертикул может стать источником разлитого перитонита при его некрозе и перфорации при его завороте, дивертикулите, острых язвах, инородных телах и т.д.

Каждый раз клиническая картина будет определяться осложнениями, ставшими самостоятельными заболеваниями (нозологическими единицами) – острой кишечной непроходимостью, разлитым гнойным перитонитом, острым желудочно-кишечным кровотечением и др. И только во время операции, при тщательной ревизии органов брюшной полости выявляют причину, источник случившейся беды – дивертикул Меккеля, который старые авторы называли червеобразным отростком тонкой кишки. Действительно – по количеству осложнений, коварству клинических проявлений, трудностям диагностики они вполне сопоставимы. И если об остром аппендиците думают все, то о Меккелевом дивертикуле – единицы. Иногда за такое невнимание приходится платить слишком дорогой ценой.

Итак – главные осложнения Меккелева дивертикула: острая кишечная непроходимость, инвагинация (как одна из форм непроходимости), перфорация с развитием перитонита и кровотечения. Все эти осложнения сопровождаются яркой клинической картиной, позволяющей их выделять как отдельные нозологические единицы с некоторыми особенностями, обусловленными природой, сутью дивертикулов Меккеля.

Меккелев дивертикул может привести ко всем видам острой кишечной непроходимости: механической – странгуляционной, обтурационной, смешанной; паралитической; тонко- и толстоки-

шечной. Располагаясь на подвижной петле подвздошной кишки, свободно мигрируя вместе с ней по брюшной полости, в состоянии воспаления он может вступить в контакт со спайкообразованием с любым органом брюшной полости приводя к заворотам, сложному узлообразованию, создавая механические препятствия, приводить к инвагинациям. У больных, ранее не оперированных на органах брюшной полости, а значит не имеющих спаек в животе, диагностика достаточно сложна. Поэтому достаточно диагностировать своевременно ОКН и принять своевременное решение на операцию.

Перитониты на фоне перфорации Меккелева дивертикула диагностируются достаточно легко – уж очень типична клиническая картина перфоративного перитонита.

Кровотечения проявляются достаточно своеобразно – практически никогда не бывает рвоты с примесью крови и сгустков – источник расположен слишком «низко». На первый план выступают общеклинические симптомы – острая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, холодный пот, снижение АД, уменьшение числа эритроцитов периферической крови и гематокрита. Зато, практически одновременно с перечисленными симптомами появляются внешние проявления – дегтеобразный стул или даже малоизмененная кровь. При наличии сообщения кровь может поступать и из пупка.

Острая кишечная непроходимость и разлитой перитонит лечатся хирургическим путем. Важно только помнить об обязательной предоперационной подготовке. Показания к операции при кровотечениях из язв дивертикула Меккеля значительно шире, чем при язвах желудка и 12-перстной кишки. При них количество операций резко снизилось в связи с совершенствованием эндоскопических методов гемостаза. При Меккелевых дивертикулах источник кровотечения доступен только хирургу, поэтому число операций значительно больше, определяющей становится своевременность.

Объем операций может быть различным, в полной зависимости от развившегося осложнения и фазы развития патологического процесса. Объединяет их одно – судьба самого дивертикула Меккеля, вне зависимости от ситуации: обнаружен ли он случайно при ревизии органов брюшной полости, или он виновник происходящего. Он должен быть удален. Как когда-то в древнем Риме сенатор Катон-старший любое свое высказывание заканчивал фразой –

«Corthago delenda est»
(«Карфаген должен быть разрушен»)

Так и любой абдоминальный хирург, какую бы операцию он не выполнял, при выявлении Меккелева дивертикула обязан его резецировать.

Dura lex, sed lex.

Способов удаления дивертикула множество. Он может быть удален в пределах здоровой стенки кишки при случайном обнаружении, при остром воспалении, некрозе, перфорации, кровотечении, т.е. тогда, когда он «главный герой» происходящих событий, а все морфологические изменения ограничиваются его стенкой. Если дивертикул спровоцировал более серьезные осложнения – инвагинацию, заворот, узлообразование и т.д. с некрозом кишки на значительном протяжении – его резецируют вместе с тонкой кишкой, на которой он расположен.

Резекцию дивертикула выполняют двумя основными способами. При узком основании и минимальных изменениях стенки кишки удаление производят как при аппендэктомии: его перевязывают у основания, отсекают, культю погружают кисетным и Z-образным швами. Главное – не вызвать чрезмерного сужения и деформации кишки. При широком основании его иссекают, дефект кишки ушивают в поперечном направлении, используя технику «анастомоза в ¾» по А.В. Мельникову (рис. 8-14).

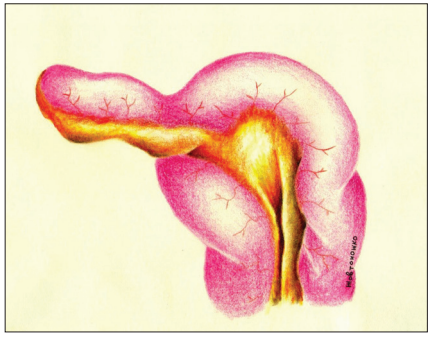


Рис. 8. **Дивертикул Меккеля.**
(рис. А.И. Жовтоножко)

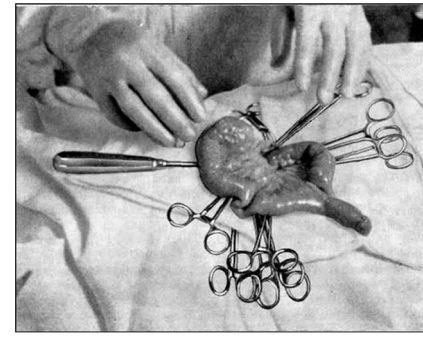


Рис. 9. **Дивертикул Меккеля**



Рис. 10. **Резекция дивертикула Меккеля. (рис. А.И. Жовтоножко)**

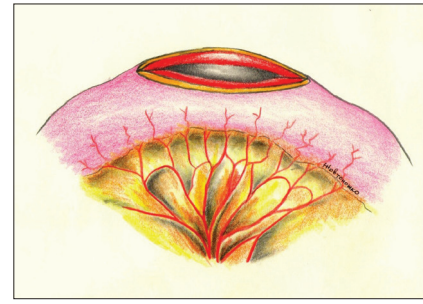


Рис. 11. **Дефект стенки тонкой кишки после резекции дивертикула Меккеля. (рис. А.И. Жовтоножко)**

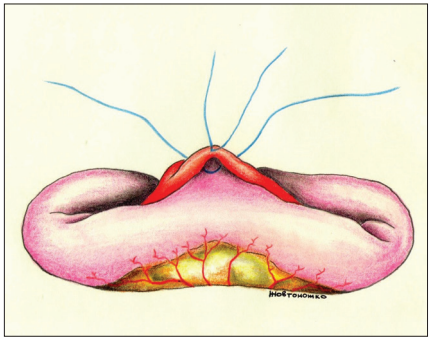


Рис. 12. **Наложение первого ряда швов анастомоза в ¾ по Мельникову.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

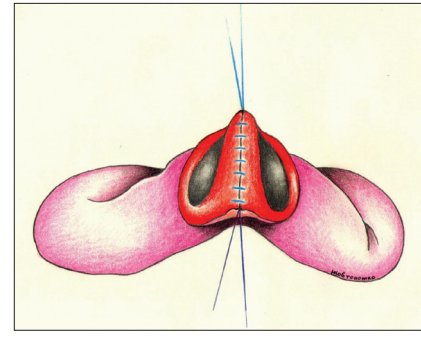


Рис. 13. **Наложение первого ряда швов на заднюю губу анастомоза в ¾ по Мельникову через просвет кишки.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

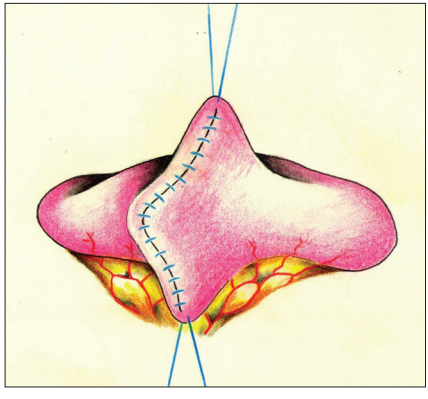


Рис. 14. **Наложение первого ряда швов на переднюю губу анастомоза.**
(рис. А.И. Жовтоножко)

При обширных резекциях тонкой кишки вместе с петлей, несущей дивертикул, операцию выполняют по общепринятым правилам. Необходимо решить два важных вопроса: а) формировать ли энтеро-энтероанастомоз – нет ли угрозы его несостоятельности из-за состояния стенок кишки, обусловленного перитонитом или непроходимостью; б) выполнять ли интубацию тонкой кишки. При положительном решении обеих вопросов хирург реализует их в зависимости от обстоятельств и своих предпочтений. Главное – анастомоз должен быть надежен, а интубация – эффективной. Основные методы представлены на рис. 15-21.

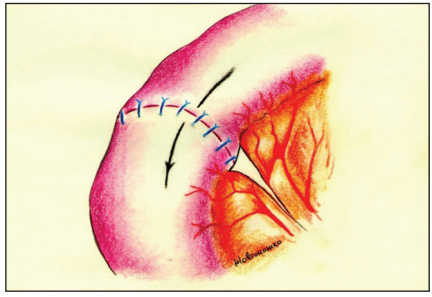


Рис. 15. **Анастомоз «конец-в-конец».** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

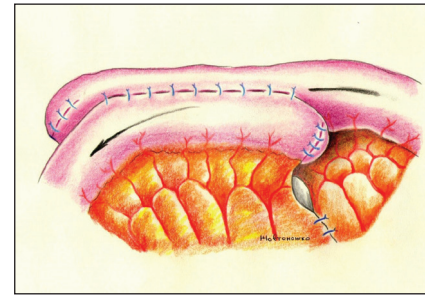


Рис. 16. **Анастомоз «бок-в-бок».** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

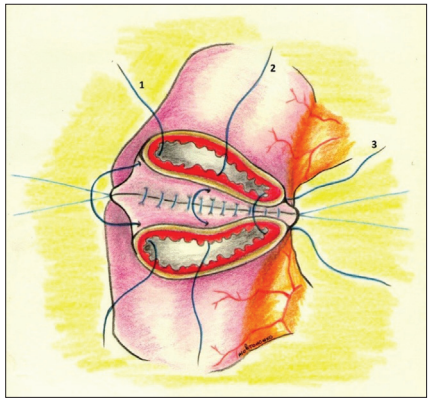


Рис. 17. **Формирование анастомоза «конец-в-конец». Наложение второго ряда швов на заднюю губу анастомоза:** 1, 2, 3 – наводящие швы. *(рис. А.И. Жовтоножко)*

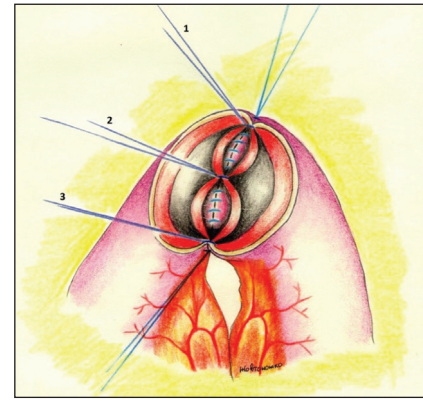


Рис. 18. **Наложение второго ряда швов на заднюю губу анастомоза:** 1, 2, 3 – наводящие швы завязаны, стенки сближены. *(рис. А.И. Жовтоножко)*

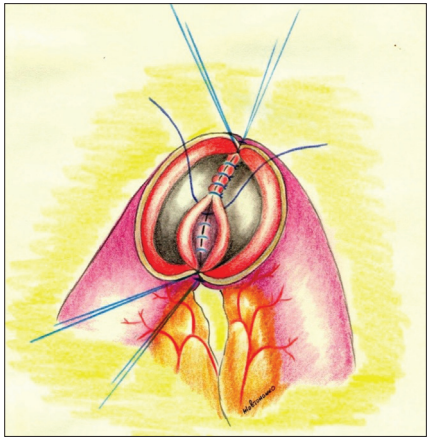


Рис. 19. **Наложение второго ряда узловых швов на заднюю губу анастомоза.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

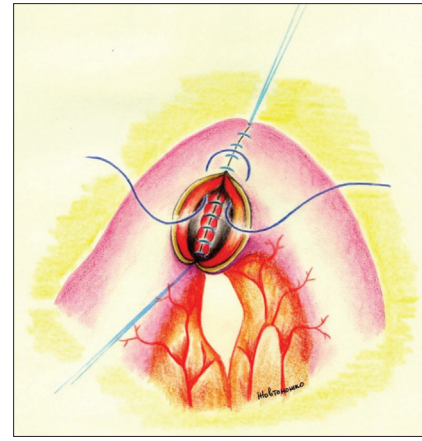


Рис. 20. **Наложение первого ряда узловых «вворачивающих» швов на переднюю губу анастомоза.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

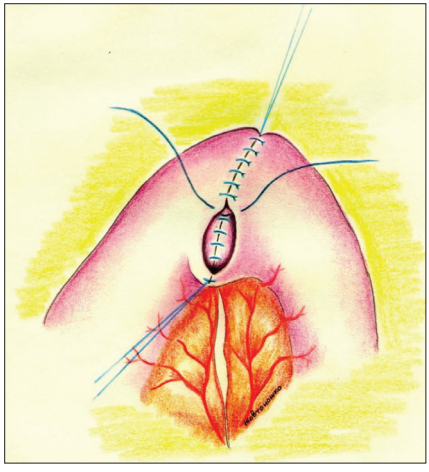


Рис. 21. **Наложение второго ряда узловых серо-серозных швов на переднюю губу анастомоза.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

Объем и характер послеоперационной терапии определяется тяжестью развившегося осложнения – кровотечения, перитонита, непроходимости. Они традиционны, должны проводиться в полном объеме, в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации. Больных с локальными изменениями в дивертикуле ведут так, как после аппендэктомии.

1.5. Мальротация тонкой кишки

Известно, что в эмбриональном периоде кишечник, прежде чем занять и зафиксировать всем известное положение, осуществляет ротацию (вращение). В нормальном варианте вращение осуществляется на 270° от начальной срединной плоскости против движения часовой стрелки. Если этот процесс по неизвестным нам причинам нарушается – останавливается, не происходит вообще или происходит по часовой стрелке – кишечник фиксируется в атипичных позициях, что может протекать бессимптомно, а может послужить причиной различных патологических состояний, зачастую крайне опасных для жизни, например – заворотов тонкой кишки с некрозом её петель, перитонитом и т.д. Различные варианты мальротаций представлены на рис. 22.

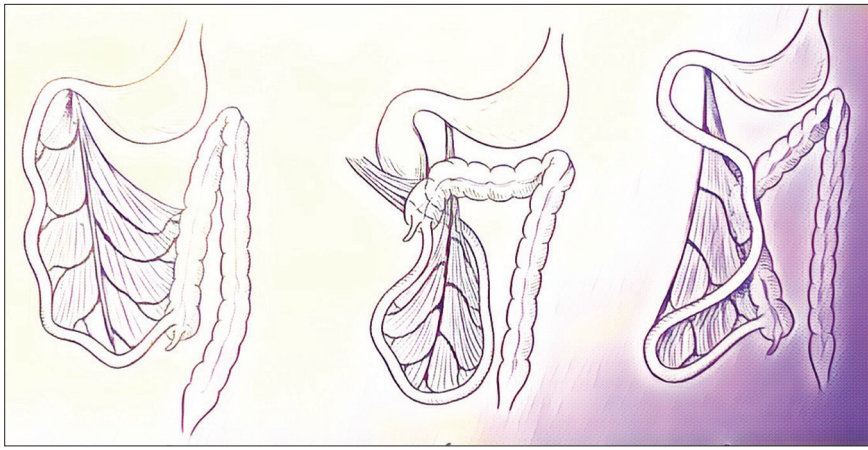


Рис. 22. **Варианты мальротаций.**

Исправить положение можно только хирургическим путем, естественно, при наличии показаний – плановых (что лучше) или экстренных (при осложнениях). При таких вмешательствах хирургу необходимо отчетливо представлять себе план действий, грамотно определять морфологические субъекты вмешательства. Прежде всего – это связка Ледда. В этом варианте мальротации слепая кишка не доходит, не опускается в правый нижний сегмент брюшной полости, дислоцируется высоко под печенью и желудком, с париетальной брюшиной её связывает связка, которая не только фик-

сирует слепую кишку, но и прижимает к задней стенке живота вертикальную часть 12-перстной кишки, нарушая её проходимость (с соответствующей клинической картиной). Свисающая книзу подвздошная кишка становится излишне подвижной и при известных обстоятельствах может подвергнуться завороту со всеми вытекающими последствиями. В таких случаях после лапаротомии и ревизии необходимо в первую очередь развернуть заворот, восстановить нормальное кровоснабжение (рис. 23-25).

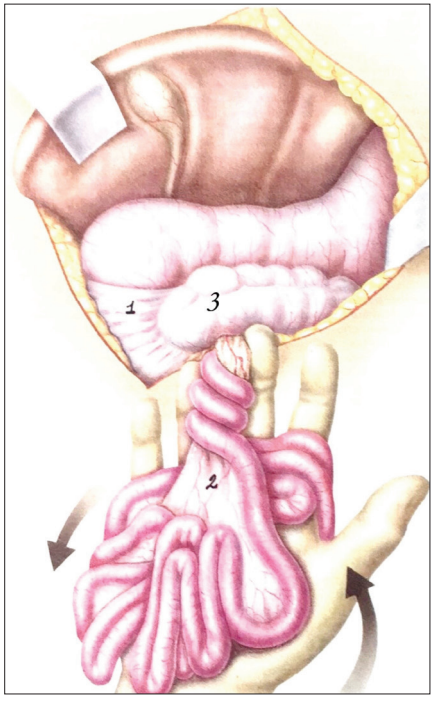


Рис. 23. **Ликвидация заворота тонкой кишки.**
1 – связка Ледда; 2 – тонкая кишка в завороте; 3 – слепая кишка.

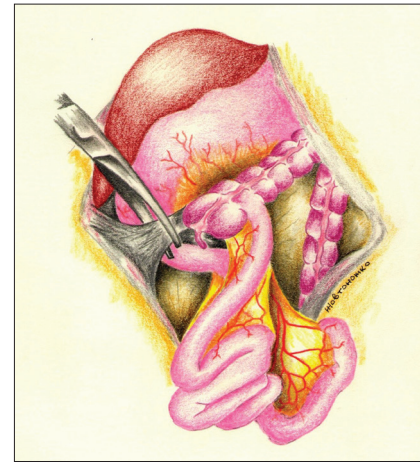


Рис. 24. **Пересечение связки Ladd'a.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

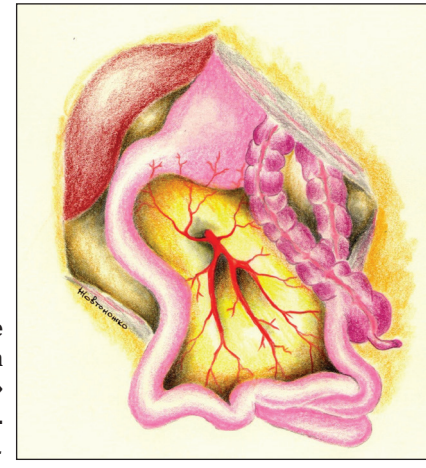


Рис. 25. **Окончательное расположение отделов кишечника после операции Ladd'a, «разведение» тощей и слепой кишок.** *(рис. А.И. Жовтоножко).*

Тонкую кишку необходимо обернуть полотенцами, смоченными теплым раствором и приступить к следующему этапу операции – пересечению связки Ледда. Делать это надо аккуратно, стараться не повредить в сращениях 12-перстную кишку. Очень помогает толстый желудочный зонд, проведенный анестезиологом через желудок в кишку. Он хорошо пальпируется и даст полное представление о точном расположении кишечных стенок.

Если участвующая в завороте кишка жизнеспособна, после рассечения всех спаек в животе создается положение нонротации: разводят первую петлю тощей кишки и слепую кишку – одна должна находиться в правой половине брюшной полости, другая – в левой, брюшную полость зашивают. По показаниям выполняют интубацию тонкой кишки. При её некрозе – резекцию в необходимых пределах.

1.6. Подвижная слепая и восходящая кишка

К моменту рождения ребенка у подавляющего большинства детей кишечник занимает свое обычное положение, в частности – восходящая ободочная, расположенная задней своей стенкой забрюшинно, прочно фиксирована в вертикальном положении, а составляющая с ней единое целое слепая кишка, со всех сторон окруженная брюшиной, существенно ограничена в движениях во всех направлениях, она стабильна. Но примерно у 30% людей (так утверждают энтузиасты, увлеченные проблемой) при задержке эмбрионального процесса, сохраняется брыжейка восходящей ободочной кишки, что делает и слепую, и восходящую кишку чрезмерно мобильными, способными в определенных условиях к завороту, запрокидыванию, инвагинациям и т.д., что может привести к серьезным осложнениям – кишечной непроходимости, нарушениям крово- и лимфообращения с расстройствами трофики, вплоть до некрозов. Обилие вариантов топографических колебаний в положении слепой, восходящей и подвздошной кишки, постепенное прогрессирование морфологических изменений определяет многообразие клинических проявлений, которые можно объединить под названием дискомфорт. Это заставляет пациента обратиться к врачу, начать обследование и уже при ирригоскопии установить правильный диагноз. Консервативная терапия принесет облегчение, улучшение, но не излечение. Радикальный способ – операция, основная задача которой обеспечить стойкую, надежную фиксацию восходящей кишки, при необходимо-

сти – и слепой. Существует множество способов, которые условно можно разделить на две большие группы:

а) внутрибрюшинные цекофиксации, цекопексии, цекоплика-ции;

б) забрюшинные цекофиксации.

Одна из таких операций представлена на рис. 26-28 (операция Ильина)

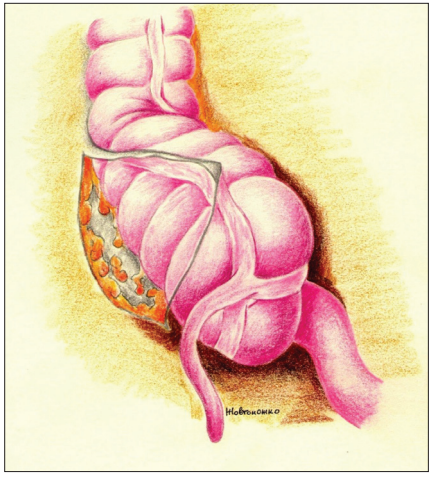


Рис. 26. **Фиксация восходящей и слепой кишки по Ильину. Выкраивание брюшинного лоскута.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

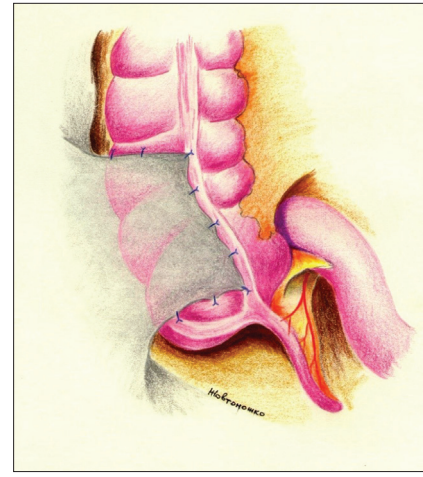


Рис. 27. **Подшивание брюшного лоскута к свободной ленте слепой и восходящей кишке по Ильину.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

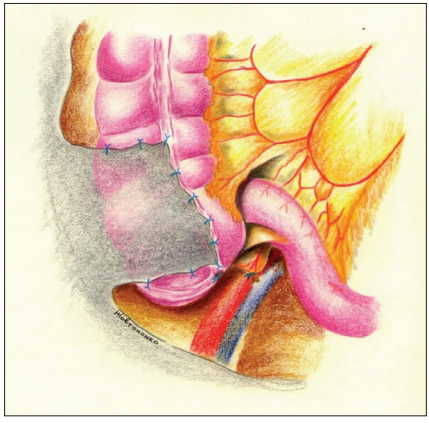


Рис. 28. **Окончательный вид операции Ильина.** *(рис. А.И. Жовтоножко)*

При заворотах, инвагинациях, узлообразованиях, спровоцированных подвижной слепой и восходящей кишкой, очень часто наступают некрозы кишечной стенки. Радикальным вмешательством в таких случаях считается правосторонняя гемиколэктомия с формированием илео-трасверзоанастомоза по предпочитаемой хирургом методике.

1.7. Внутренние грыжи.

Это достаточно редкий вид грыж, которые возникают внутри мышечно-апоневротического слоя брюшной стенки. В связи с этим – трудно диагностируются (в основном во время операции по поводу развившихся осложнений) так как обычные способы диагностики (осмотр, пальпация и др.) практически бесполезны. Грыжевые ворота могут образовываться в различных углублениях брюшины (карманах), в её дубликатурах в местах прохождения крупных сосудов, в отверстиях в брюшине на задней стенке, оставшихся при нарушениях внутриутробного развития. Вариантов множество, предсказать их локализацию и природу крайне трудно, надо о них знать и быть готовым к любым сюрпризам. На рис. 29-32 изображены некоторые варианты внутренних грыж:

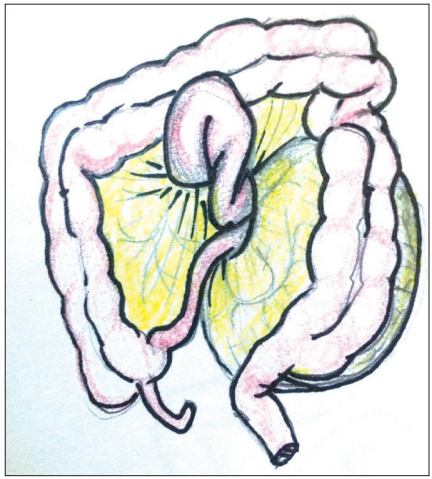


Рис. 29. **Пристеночно-брыжеечная внутренняя грыжа левосторонняя.**

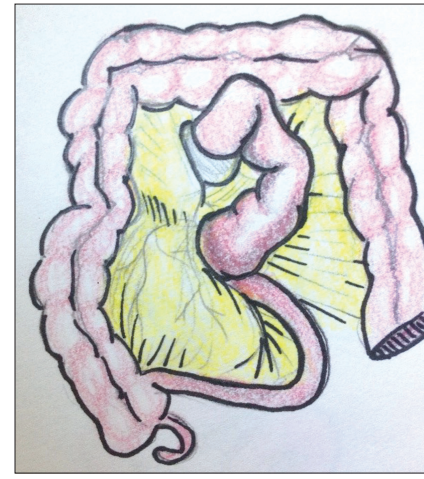


Рис. 30. **Пристеночно-брыжеечная внутренняя грыжа правосторонняя.**

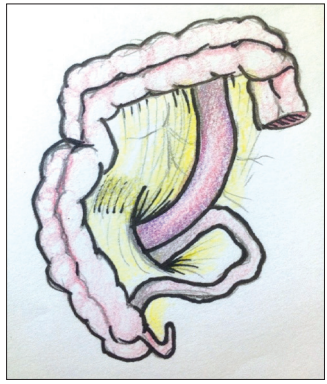


Рис. 31. **Грыжа позади брыжейки восходящей ободочной кишки.**

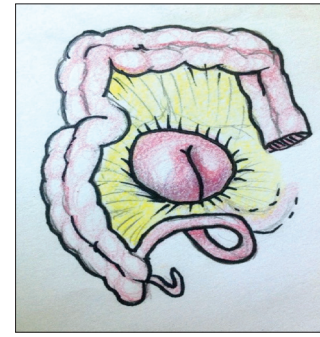


Рис. 32. **Трансмезентериальное ущемление терминального отдела подвздошной кишки во врожденном дефекте брыжейки.**

И все же есть внутренние грыжи, которые встречаются наиболее часто и даже имеют специальные названия. Это право- и левосторонние мезентериально-париетальные грыжи, которые называют грыжами Трейтца или парадуоденальными грыжами (рис. 33). По переднему краю грыжевых ворот при этом виде проходят верхняя и нижняя брыжеечные артерии и вена. В первом случае петли тонкой кишки проникают за брыжейку тонкой кишки, не сращенной с задней брюшной стенкой, а во втором – за нисходящую часть толстой кишки и мезосигму. К постоянным вариантам относят и грыжу Винслова отверстия.



Рис. 33. **Грыжа Трейтца.**

Клинически внутренние грыжи могут проявляться умеренно выраженными периодически возникающими диспептическими проявлениями – тошнотой, иногда рвотой, болями в животе, эпизодическими вздутиями и т.д. Наилучший способ диагностики – рентгенологический. Больному необходимо дать выпить «контраст» (лучше водорастворимый) и проследить его пассаж по кишечнику в течение 5-6 часов, т.е. выполнить энтерографию. Контролируя процесс в нескольких проекциях нетрудно выявить конгломерат петель тонкой кишки в замкнутом пространстве «грыжевого мешка».

В случае развития осложнений – а это как правило острая кишечная непроходимость, диагностические исследования выполняются в полном для этого заболевания объеме. Главное – избежать некроза ущемленных петель кишки, а это значит – ранняя госпитализация, интенсивная диагностика и своевременная операция, во время которой очень важно определиться с локализацией грыжевых ворот, оценить состояние ущемленных петель кишки, приводящей петли, характер перитонеального экссудата.

При необходимости целесообразно опорожнить резко раздутую, переполненную газами и жидкостью приводящую кишку. Это значительно упростит манипуляции в брюшной полости и уменьшит интоксикацию. Место расположения грыжевых ворот тщательно осматривают. При многих грыжах (Винслова отверстия, грыжах Трейтца) в их состав входят жизненно важные образования – холедох, воротная вена, общая печеночная артерия, верхние и нижние брыжеечные сосуды и др. Главное в действиях хирурга – осторожность! Соблюдая это правило ущемляющее кольцо рассекают, тем самым создают условия для извлечения «из плена» петель тонкой кишки. Они могут быть припаяны к окружающим тканями, могут быть некротизированы. И в этом случае главное – осторожность! При выведении их в свободную брюшную полость важно не повредить стенку кишки, не дать излиться содержимому в полость брюшины. «Грыжевые ворота» аккуратно ушивают, постоянно контролируя расположение жизненно важных образований, с ущемленной кишкой поступают по правилам хирургии острой кишечной непроходимости. Некоторые особенности имеют операции при ущемленных грыжах Трейтца. При них вышеуказанные сосуды залегают по краю грыжевых ворот. В условиях отека, инфильтрации, воспаления их легко повредить при рассечении ущемляющего кольца – его необходимо аккуратно растянуть и извлечь ущемленные петли. А их может быть достаточное количество. Описаны случаи, когда в грыжевом мешке находилась почти вся тонкая кишка без каких-либо тревожащих больного симптомов. После извлечения содержимого из грыжевого мешка вход в него ушивают. Полезно выполнить операцию Витебского-Стронга, рассечь связку Трейтца и фиксировать к париетальной брюшине низведенную первую петлю тощей кишки.

Внутренние грыжи, особенно осложненные ущемлением и острой кишечной непроходимостью, требуют особого внимания. Каждая операция имеет свои особенности, стандартов нет, есть общие принципы их выполнения. Об этом необходимо помнить и

быть готовыми к любым «сюрпризам» и принятию решений, соответствующим интраоперационным находкам.

К внутренним приобретенным грыжам относят ущемления петель кишечника в «оставленных» хирургами после операций «окнах» – в брыжейке тонкой, сигмовидной кишок после их резекций, в брыжейке поперечно-ободочной кишки после формирования позадиободочных гастро-энтеро- и езофаго-энтероанстомозов; в плохо ушитых разрывах диафрагмы при травме и т.д. Тактика при этих грыжах та же, что и описанная выше, с одним «но»… первичную операцию необходимо выполнить грамотно, без огрехов и недоделок. Это профилактика и довольно эффективная.

1.8. Кольцевидная поджелудочная железа

В период эмбрионального развития, период формирования внутренних органов и их топографоанатомических характеристик, возможны аномалии и со стороны поджелудочной железы, в частности – кольцевидная поджелудочная железа. Это происходит при неправильном соединении (слиянии) её дорзальной и вентральной закладок. Это слияние может быть полным, и тогда железа охватывает вертикальную часть 12-перстной кишки со всех сторон; а может быть частичным, с образованием полукольца (рис. 34-35).

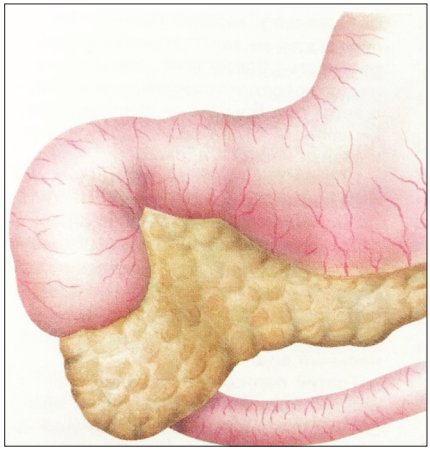


Рис. 34. **Кольцевидная поджелудочная железа.**

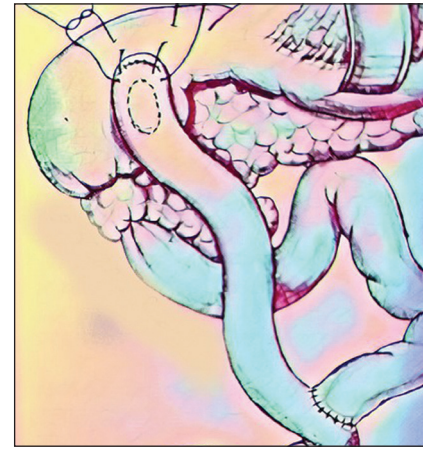


Рис. 35. **Кольцевидная поджелудочная железа. Дуодено-еюноанастомоз по Ру.**

Выраженность (параметрическая) этого кольца может быть различной: по ширине – от 2 до 5 см., по толщине – до 3 см. Кольцо может быть расположено выше впадения в кишку протоков (большого дуоденального сосочка) – в области пилоруса, луковицы, верхне-горизонтальной части, или ниже – в области нижнего угла, нижне-горизонтальной части, на уровне сосочка. Это важно при планировании оперативных вмешательств. Через кишку осуществляется транзит не только пищевых масс, но и желчи и панкреатического сока. Кольцевидная часть поджелудочной железы имеет то же строение, что и основная составляющая, у неё есть собственный проток, который может впадать либо в Вирсунгов проток, либо непосредственно в 12-перстную кишку. Поджелудочная железа при этой аномалии развития может никак себя не проявлять в течении всей жизни «хозяина», но может стать причиной различных патологических состояний, которые разрешаются как в плановом, так и экстренном порядке. Для плановых ситуаций характерны различной степени выраженности нарушения пассажа по 12-перстной кишке пищевых масс, желчи и панкреатического сока. Клинические проявления могут развиваться постепенно, нарастая со временем, а могут развиваться достаточно быстро, остро. Особенно это касается острого деструктивного панкреатита с поражением головки железы, в том числе и её кольцевидной части. Диагностика во всех случаях достаточно сложна, часто кольцевидная железа сочетается с более привычными для хирурга заболеваниями – язвенной болезнью, холелитиазом, опухолью выходного отдела желудка. О них думают в первую очередь, их и выявляют без особого труда, они доминируют при формулировании диагноза и определении лечебной тактики. Поэтому любые сужения просвета 12-перстной кишки на любом уровне должны быть четко объяснены, а диагноз кольцевидной поджелудочной железы исключен (или подтвержден). Для этого используют такие методы обследования больных, как рентгеноскопия (-графия), гастродуоденоскопия, УЗИ, ультрасонография (эндо-УЗИ), компьютерная томография, лапароскопия. При ретроградной эндоскопической холангиопанкреатографии можно, наряду с Вирсунговым протоком, обнаружить и протоки кольцевидной поджелудочной железы. На всех инструментальных исследованиях обязательно присутствие хирурга – трактовка «картинки» значительно облегчается в сочетании с анализом клинических данных.

При развитии дуоденальной непроходимости (хронической или острой), затрудняющей жизнь больного или приводящей к острым осложнениям (например – острому расширению желудка, желтухе, холангиту и др.) показано хирургическое лечение. Характер и объем вмешательства определяется в каждом конкретном случае строго индивидуально, с учетом всех морфологических и функциональных изменений, развившихся осложнений и наличием сопутствующих заболеваний в этой зоне, требующих хирургического лечения. В большинстве руководств по хирургии поджелудочной железы очень коротко приводят перечень основных операций с изложением (тезисно) техники их исполнения. Казалось бы все просто. Но на практике все значительно сложнее, чем на бумаге. Связано это с особой сложностью и функциональной важностью всех задействованных в патологическом процессе органов, техническими сложностями оперирования, высоким риском развития осложнений и др. Наш небольшой опыт охватывает практически все варианты предлагаемых операций, что позволяет сделать целый ряд важных замечаний и предостережений, которая позволяет грамотно сделать выбор и избежать многих неприятностей.

Резекция передней полуокружности кольцевидной поджелудочной железы. Многие авторы относят эту операцию к наиболее эффективным методам хирургического лечения. У нас опыт их выполнения небольшой – всего 2 случая. Но и они привели нас к заключению, что это один из самых сложных и опасных способов коррекции. Хирургу, берущемуся за эту операцию, необходимо четко себе представлять, с чем он имеет дело. Прежде всего необходимо отметить, что у взрослых пациентов основная причина, приведшая его в клинику – нарушение проходимости 12-перстной кишки, развивалась постепенно в течение многих лет. Сужение просвета кишки происходило за счет внешнего фактора – кольцевидной железы, которая постепенно сдавливала его. Главная причина – воспалительные процессы, хронический панкреатит, изменение структуры железы – разрастание в ней фиброзной, соединительной ткани, это приводит к уплотнению кольца и сужению просвета кишки. Таким же изменениям подвергается и стенка duodeni, «кольцо» образуется не только снаружи, но и в ней. Таким образом, хирургу приходится иметь дело с измененными тканями, что значительно усложняет операцию. Кроме того, внутри кольцевидной железы проходит панкреатический проток, который впадает либо

в Вирсунгов проток, либо непосредственно в 12-перстную кишку. В связи с этим иссекать часть железы (а значит и её проток) можно только в том случае, если сохраняется отток по назначению из оставшихся частей. До операции архитектонику протоков можно получить только при РХПГ, а это не всегда выполнимо. Хирург должен быть подготовлен технически – владеть методикой мобилизации 12-перстной кишки по Кохеру, уметь аккуратно обращаться с тканями, обрабатывать культю поджелудочной железы, при необходимости – формировать дуктодуоденоанастомоз.

Техника операции. После тщательной ревизии выполняют мобилизацию 12-перстной кишки по Кохеру: рассекают складку брюшины у вертикальной части 12-перстной кишки; для облегчения манипуляций полезно применить гидропрепаровку; кишку мобилизуют вместе с головкой поджелудочной железы, отслаивают её от нижней полой вены и отделяют от поперечно-ободочной кишки; приступают к резекции фрагмента «кольца» на передней стенке 12-перстной кишки: выполняют гидропрепаровку (под кольцо вводят раствор новокаина), надсекают брюшину, с помощью зажимов (а лучше – зонда Кохера) отделяют кольцо от кишки и иссекают в необходимых пределах; внимательно осматривают края разреза железы, выясняют – есть ли в срезе проток; если есть и он достаточного диаметра – вшивают в просвет 12-перстной кишки; если его нет (облитерирован) – аккуратно прошивают края железы и перитонизируют их, подшивая к стенке 12-перстной кишки; проверяют проходимость 12-перстной кишки: с помощью желудочного зонда большого диаметра проведенного из желудка; или с помощью интраоперационной гастродуоденоскопии. Зону операции обязательно дренируют. Операция сложная, несмотря на простоту описания. В обеих наших случаях всё протекало не так гладко. В одном из них полного восстановления просвета 12-перстной кишки не наступило, сужение за счет изменений стенок расширилось ненамного. Пришлось с помощью анестезиолога провести в 12-перстную кишку зонд Блэкмора, аккуратно раздуть кардиальный баллон и выполнить дилатацию, которая оказалась успешной. Во втором случае в послеоперационном периоде сформировался панкреатический свищ, который самостоятельно закрылся через 2 месяца. Повезло. Основные этапы операции представлены на рис. 36-37.

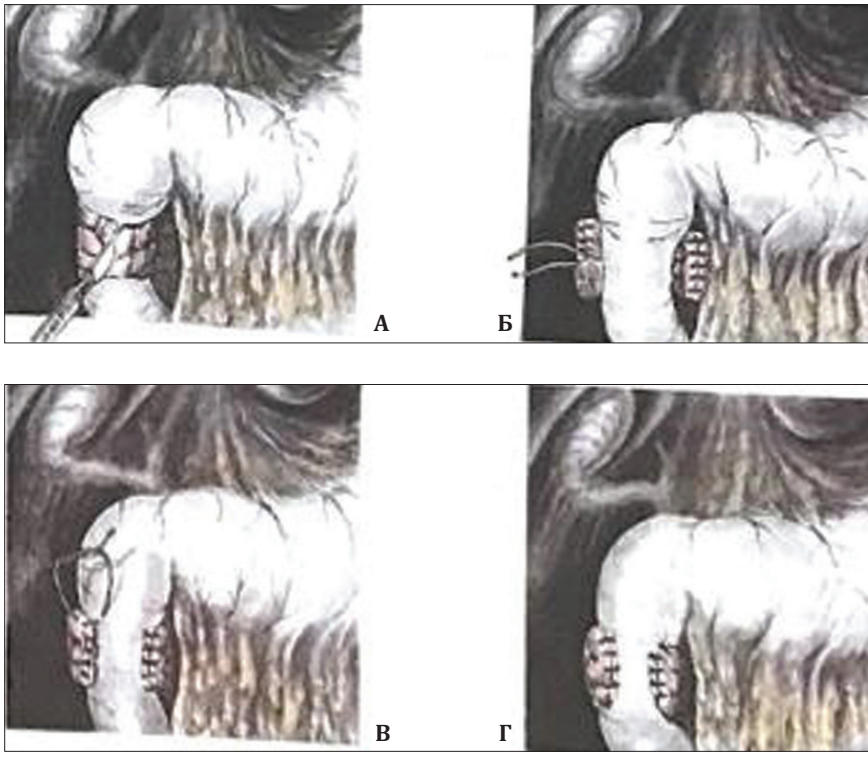


Рис. 36. **Основные этапы резекзии кольцевидной поджелудочной железы (по Радзиховскому А.П.).**

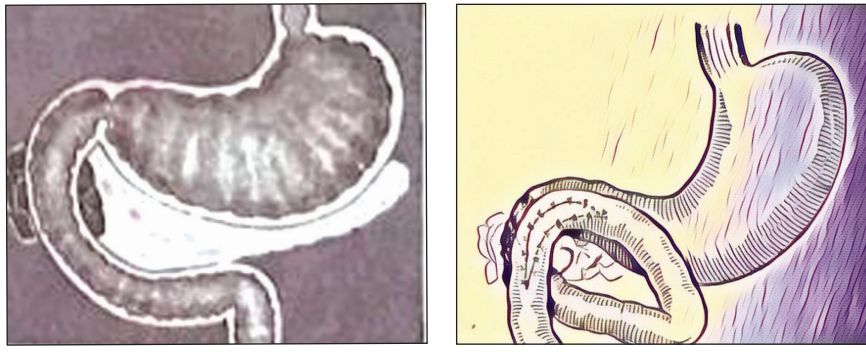


Рис. 37. **Гастродуоденостомия на короткой петле.**

Дуоденодуоденостомия. Эта операция, так же направленная на восстановление проходимости 12-перстной кишки, может быть выполнена в том случае, когда кольцевидная поджелудочная железа представлена узким соединительнотканным (преимущественно) кольцом. В этих случаях приводящая (верхняя) часть кишки по диаметру, как правило, больше дистальной. Кроме того, у таких больных часто имеются проявления дуоденита, поэтому полезно, совместно с гастроэнтерологом, провести короткий курс противовоспалительного лечения до вмешательства.

Техника операции: как и в предыдущем случае выполняют мобилизацию 12-перстной кишки по Кохеру; между верхним и нижним участками кишки формируют перекидывающиеся через кольцо анастомоз; используют одиночные узловые швы в два ряда; к зоне анастомоза подводят дренажную трубку; основные этапы представлены на рис. 38.

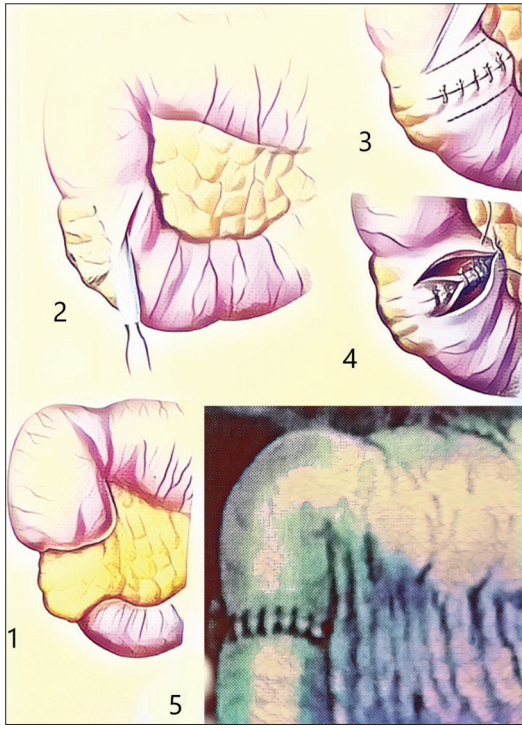


Рис. 38. **Дуоденодуоденостомия (этапы).**

Мы выполнили такую операцию в 3-х случаях. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гастродуоденоанастомоз. Эта операция показана при высоком расположении кольцевидной поджелудочной железы – в верхнегоризонтальной части 12-перстной кишки. Это по сути операция Джабулея. Анатомическая проходимость кишки не восстанавливается, пассаж (эвакуация) направляется кратчайшим путем – из желудка непосредственно в duodenum. Главное условие выполнения операции – максимальное сближение вертикальной части кишки и антральной части боль-

шой кривизны желудка. Достигается это мобилизацией по Кохеру. Скелетирование (пересечение сосудов) по большой кривизне желудка не обязательно. Анастомоз шириной до 4-5 см. по типу «бок-в-бок» формируют с использованием одиночных узловых швов в два ряда. Для профилактики развития пептических язв анастомоза целесообразно выполнить вагототомию. Основные этапы операции представлены на рис. 39.

Мы выполнили 2 таких операции с благоприятным исходом.



Рис. 39. **Гастродуоденоанастомоз «бок-в-бок» (по Радзиховскому А.П.).**

Дуоденоеюностомия (рис. 40) выполняется при низком расположении кольцевидной железы – ниже впадения в 12-перстную кишку холедоха и (возможно) дополнительных протоков поджелудочной железы. Анастомоз формируют для обеспечения беспрепятственной эвакуации пищевых масс, желчи и панкреатического сока в тощую кишку. Для этого, как и в предыдущих случаях, выполняют мобилизацию 12-перстной кишки по Кохеру. Далее обрабатывают тощую кишку по Ру. Дистальную часть кишки проводят через окно в брыжейке поперечно-ободочной кишки к месту формирования анастомоза. Для его наложения используют одиночные узловые швы в два ряда. Анастомоз располагают вблизи препятствия – дистальнее соустья не должно быть слепого кармана (мешка). После этого формируют энтеро-энтероанастомоз по типу «конец-в-бок». Окна в брыжейках аккуратно ушивают. Не должно быть сдавлений, ущемлений, деформаций. Кровоснабжение использованной для анастомоза кишки не должно быть нарушено. К зоне анастомоза проводят дренаж. У



Рис. 40. **Дуоденоеюностомия по Ру (по Радзиховскому А.П.).**

троих наших больных операции прошли успешно. Анастомоз может быть сформирован и на «короткой петле». Иногда в него приходится вовлекать и желудок – гастродуоденоеюноанастомоз.

В отдельных случаях, при сочетании кольцевидной поджелудочной железы с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки, при обширном спаечном процессе в подпеченочном пространстве, опухолях и других ситуациях выполняют резекции желудка по Бильрот II, формируют гастроэнтероанастомозы в сочетании с ваготомией, даже выполняют панкреатодуоденальные резекции. Для этих операций необходимы специальные показания. Главное условие – поступление желчи и панкреатического сока в тощую кишку должно быть обеспечено. Именно это определяет конфигурацию будущих соустий. Мы таких операций не выполняли, но всегда помним о возможности их применения.

1.9.Аномалии развития желчного пузыря и желчных протоков

На их долю приходится почти 10% всех пороков. Нет ни одной монографии, посвященной хирургии желчно-каменной болезни, где не были бы перечислены многочисленные их варианты: внутрипеченочный желчный пузырь, подвижный желчный пузырь на брыжейке, добавочные желчные пузыри, внутирпузырные перегородки, циркулярные внутрипузырные мембраны, множество вариантов формирования внепеченочных желчных протоков, их кровоснабжения, атрезии желчных протоков и т.д. Это далеко не полный перечень. Не все пороки развития клинически значимы, не все подлежат хирургической коррекции. Но многие из них, как пробудившийся вулкан, приобретают значение во время операций. Особенно опасны повреждения, связанные с незнанием анатомии, пренебрежением интраоперационной диагностикой, с неумением принимать правильные решения в той или иной ситуации. В связи с этим хирург, оперирующий на желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках, должен иметь максимум информации до операции и, по возможности, прежде чем принять какое-либо решение, получить её и во время вмешательства. К этому, по крайней мере, необходимо стремиться. А это выполняется не всегда и не всеми. Пример: многие больные, особенно поступающие по скорой помощи с диагнозом «острый холецистит» имеют конкременты не только в пузыре, но и в холедохе. Это легко определяют при УЗ-исследо-

вании. На первом этапе лечения им (а это около 25%) выполняют РХПГ, папиллосфинктеротомию и удаляют конкременты из протоков. Во время РХПГ после введения контраста на экране монитора видно совершенно отчетливо все «протоковое дерево», все особенности его строения, аномалии или варианты его устройства. Из 10 опрошенных хирургов интересуется этой бесценной информацией только 1, не в этом ли причина интраоперационных повреждений? Есть о чем подумать. Но вернемся к операции. Очень помогает интраоперационная холангиография во всех сомнительных случаях. Контраст можно ввести через желчный пузырь, через культю пузырного протока, с помощью тонкоигольной пункции холедоха и т.д.

В этом разделе мы остановимся на достаточно редко встречающейся, но весьма значимой аномалии развития – кисте общего желчного протока. Впервые она была описана Douglas в далеком 1852 году. С тех пор этой проблеме уделяют свое внимание многие хирурги и постепенно, с ростом диагностических и хирургических возможностей, удалось выработать более или менее четкую тактику при этой важной аномалии развития. Кисты обнаруживаются как в молодом, так и в зрелом возрасте. Это могут быть «случайные» находки при обследованиях по поводу других заболеваний, а могут быть результатом осознанного поиска причин симптомов патологии гепато-билиарной зоны. Их происхождение объясняют по разному. Одни считают, что кисты формируются в период обратного развития солидной стадии эмбриогенеза и любые препятствия (стенозы, атрезии, клапаны и др.) для оттока желчи приводят к повышению внутрипротокового давления и вторичному растяжению холедоха. Другие связывают появление кист с пороками в закладке всех слоев стенки протока: истончении или полном отсутствии мышечных волокон (слоя), метаплазии выстилки и т.д. Имеют значение и воспалительные изменения. Так или иначе, между печенью и 12-перстной кишкой образуется практически афункциональный мешок, плохо справляющийся со своим основным предназначением – быть надежным путем транзита желчи. При этом он становится причиной многих опасных для жизни осложнений: обтурационной желтухи, холангита, цистолитиаза и калькулезного холецистита, острого панкреатита, билиарного цирроза, малигнизации, разлитого желчного перитонита при разрывах кисты и т.д.

По мере накопления клинического опыта появилась необходимость создания классификации всех аномалий холедоха и других желчных протоков кистозного характера. В настоящее время выде-

ляют пять типов кист. Их делят по локализации, форме, протяженности, количеству. В настоящем разделе мы остановимся на кистах I типа, расположенных в супрадуоденальном отделе общего желчного протока. Основные типы кист представлены на рис. 41.

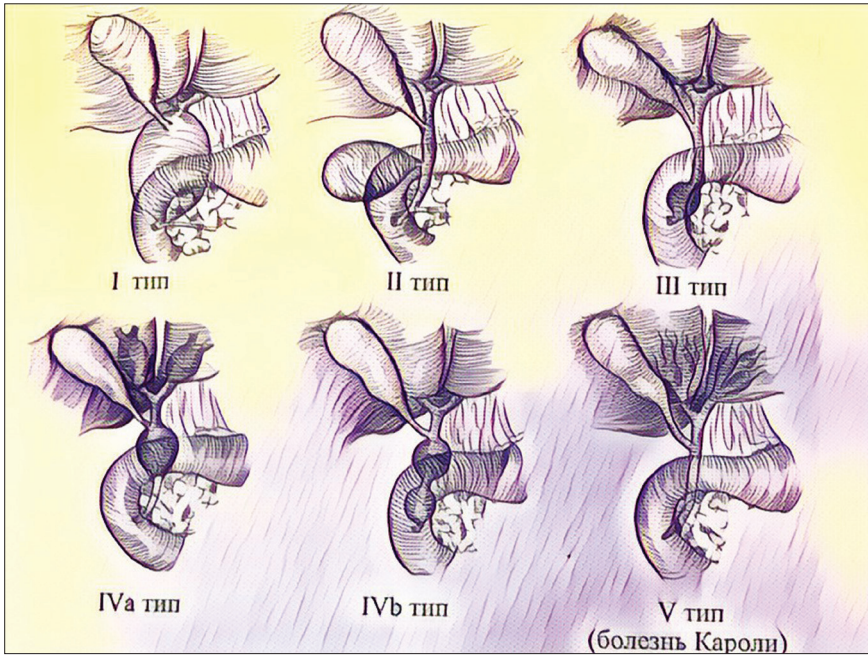


Рис. 41. **Типы кист общего желчного протока.**

При увеличении в размерах киста холедоха распространяется на общий печеночный проток и становится похожей на раздутую хирургическую перчатку пальцами вверх: один из них – это пузырный проток с желчным пузырем, две других – правый и левый печеночный протоки с расхождением их устья на 2-3 см. Форма кист – самая разнообразная: от веретенообразной до шаровидной. Объем – от 20-30 миллилитров до 10 литров (!!!). При таких объемах киста смещает печень кверху, что приводит к высокому стоянию диафрагмы. Вокруг кисты, в результате хронического воспалительного процесса, образуются обширные и прочные сращения. Содержимое кисты – измененная желчь, замазка, конкременты, при инфицировании может быть гной. Гистологически стенка кисты представляет собой фиброзный мешок с редкими включениями эластических и

мышечных волокон. Классические клинические проявления кисты (триада): опухолевидное образование в правом подреберье, желтуха, боли в животе. Несмотря на приданный этим симптомам статус классических, встречаются они далеко не у всех больных. Чаще всего хирург, обследующий больного, предполагает вначале наличие у пациента желчно-каменной болезни, хронического или острого холецистита с присущими осложнениями, острого или хронического панкреатита. Точный диагноз возможен только после использования современных, высокоинформативных методов диагностики – УЗИ, эндосонографии, КТ, МРТ, РХПГ, чрезкожной чрезпеченочной холангиографии, лапароскопии.

Лечение кист холедоха – хирургическое. Самое лучшее решение для большинства хирургов – направить больного в специализированные лечебные учреждения, имеющие опыт таких операций, высококлассных специалистов и необходимое оснащение. Отметим только, что чем раньше диагностирована киста, чем меньше её размеры, чем меньше выражены осложнения и по перечню и тяжести – тем больше шансов на успех, тем проще операция. Выполняют три основных типа вмешательств:

– дренирование кисты: применяется как временный этап лечения, способное быстро разрешить критическую ситуацию – удалить гной, снизить интоксикацию, предотвратить перфорацию и др. (рис. 42);

– чрезкожное чрезпеченочное дренирование под контролем УЗИ; такое дренирование не создает проблем при выполнении оперативного вмешательства, дает время для полноценной подготовки больного;

– внутреннее дренирование кисты:

а) цистодуоденостомия: при наличии местных условий это наиболее простая и безопасная операция; киста должна быть небольших размеров, находиться в супрадуоденальном отделе холедоха, её нижний край (полюс) должен прика-

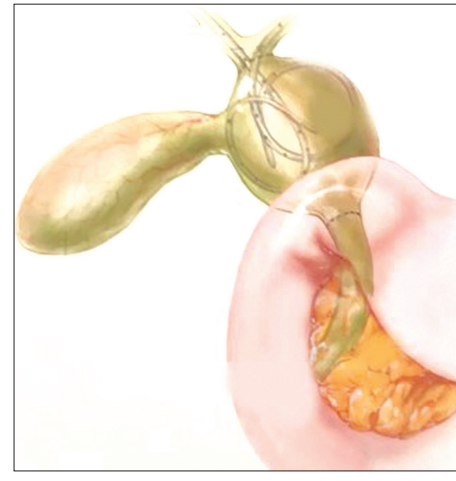


Рис. 42. **Чрезкожное дренирование кисты. (Источник: Cameron, Sandone. Atlas of gastrointestinal surgery).**

саться к верхнегоризонтальной части 12-перстной кишки, последняя не должна быть деформирована; техника операции: перед формированием анастомоза целесообразно мобилизовать duodenum по Кохеру, а кисту пунктировать в точке, через которую пройдет разрез, и удалить жидкое содержимое; удалить желчный пузырь и надежно перевязать культю (если не планируется дренирование) пузырного протока; зону будущего анастомоза оградить от брюшной полости тампонами; приготовить электроотсос; проверяют и «подгоняют» к необходимому положение кисты и 12-перстной кишки, в зоне будущего анастомоза не должно быть «натяжений» и деформаций, препятствующих эвакуации из кисты в duodenum и из желудка по кишке; сосуды в переходной складке не пересекают; если она надежна – первый ряд швов на задней стенке анастомоза не накладывают; далее приступают к формированию анастомоза: в первую очередь накладывают два краевых шва; подтянув за образовавшиеся швы-держалки в поперечном направлении, под контролем отсоса, вскрывают кисту на протяжении 4-5 см.; тщательно и осторожно удаляют её содержимое, осушают, контролируют поступление жидкости через печеночные протоки; формируют заднюю (нижнюю) стенку анастомоза с помощью одиночных узловых швов; далее формируют переднюю стенку одиночными вворачивающими швами; завершают формирование анастомоза вторым рядом одиночных узловых швов (рис. 43).

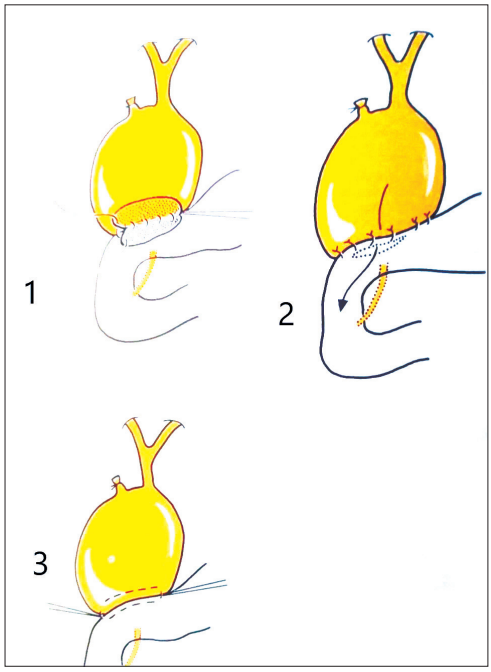


Рис. 43. **Цистодуоденоанастомоз.**

При воспалительных процессах, холангите, полость кисты можно дренировать через культю пузырного протока.

Главное достоинство анастомоза – простота исполнения. Но послеоперационный период не всегда протекает гладко, что свойственно всем

холедоходуоденоанастомозам. Эти анастомозы склонны к сужению; у многих больных отмечается рефлюкс дуоденального содержимого в кисту, что может привести к развитию холангита, перихолангитических абсцессов. Лучший способ профилактики – формирование широких анастомозов – до 4-5 см. Может помочь и эндоскопическая папиллотомия, выполненная в послеоперационном периоде. У части больных требуются повторные операции.

б) цистоеюностомия: эту дренирующую операцию выполняют при больших размерах кист, рубцовых деформациях 12-перстной кишки, дуоденостазе; можно формировать анастомоз «на длинной петле с Брауновским соустьем» и заглушкой приводящей петли; целесообразнее обрабатывать тощую кишку по Ру. И в том, и в другом случае петлю тощей кишки подводят к кисте позади поперечно-ободочной кишки; в её брыжейке формируют «окно», справа от a. colica media под дугой Риолана; в окно проводят дистальный заглушенный конец тощей кишки и без натяжения брыжейки укладывают у нижней части кисты в поперечном направлении брыжейкой кнутри; формируют двухрядным швом нижнюю «губу» анастомоза, кисту рассекают на ширину анастомоза (≈5 см), опорожняют, санируют; формируют аналогично верхнюю «губу»; при необходимости – дренаж через культю пузырного протока. Виды операции представлены на рис. 44,45.

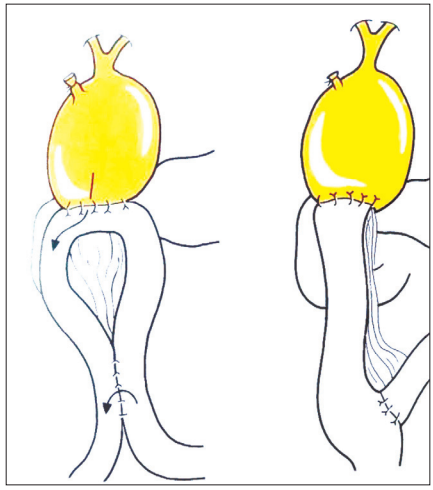


Рис. 44. **Цистоеюноанастомоз.**

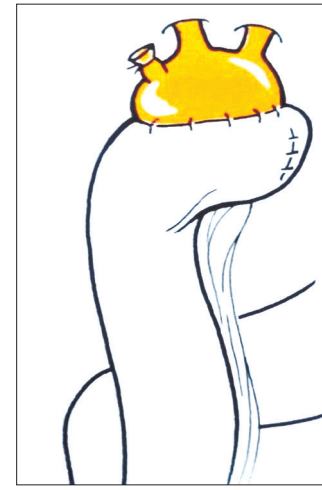


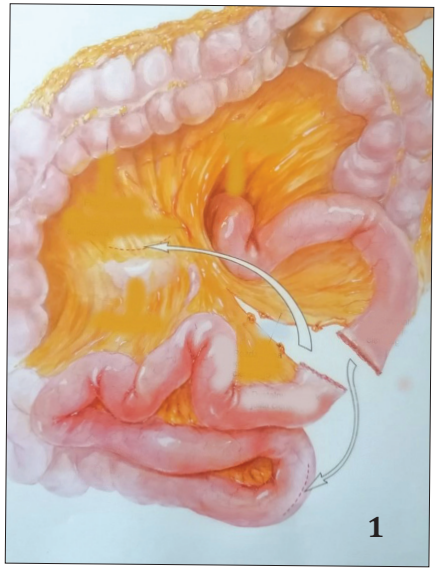
Рис. 45. **Цистоеюноанастомоз после частичной резекции кисты.**

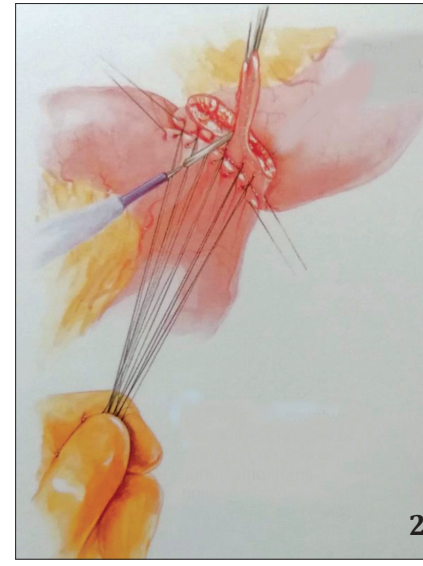
При больших выбухающих кистах полезно часть передней стенки иссечь, киста после формирования анастомоза станет уже. В этом случае разрез на стенке кисты – вертикальный. Завершают операцию энтеро-энтероанастомозом с ушиванием «окна» в брыжейке. Недостатки у цистоеюноанастомоза те же, что и у описанных выше, но гораздо менее выражены и не такие частые.

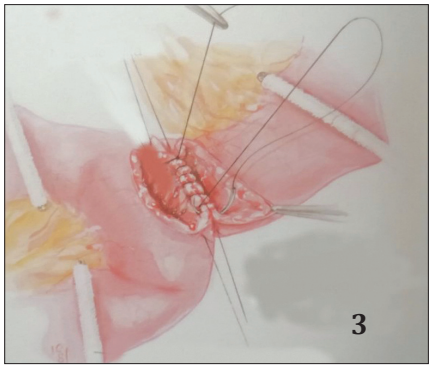
И все же цистодуоденоанастомозы и цистоеюноанастомозы – не самый удачный вариант хирургического лечения кист холедоха.

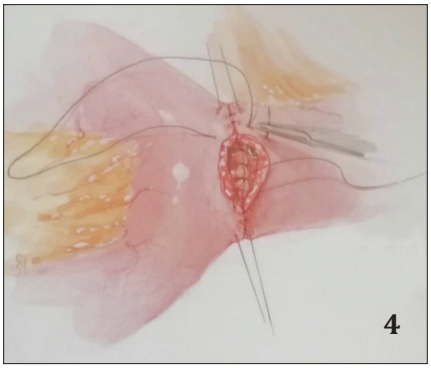
в) мы уже писали, что стенка кисты практически лишена мышечных волокон, кроме того она плохо кровоснабжается. Тоненькой артериальной веточки, идущей вдоль холедоха снизу, от a. gastroduodenalis явно недостаточно. Стенки кисты склерозируются. Истечение желчи происходит только за счет секреторного давления печени, которое значительно ниже давления в активно перистальтирующей той же 12-перстной кишке. Отсюда заброс ее содержимого, инфекция, холангиты. В дополнение ко всему – реальная угроза малигнизации. В связи с этим в последние годы предпочтение отдают полному иссечению, экстирпации кисты с формированием гепатико-еюноанастомоза. Недостаток один – операция сложная, должна выполняться в специализированных клиниках мастерами билиарной хирургии. Главная трудность – выделение кисты: печеночно-двенадцатиперстная связка, измененная растущей кистой до неузнаваемости, рубцовые ткани, особенно по задней стенке, за которой находятся воротная вена и печеночная артерия. Оптимальные условия для выполнения этой операции – небольшие по размерам, веретенообразные кисты, без воспалительного перипроцесса со стенозированием устья впадения в кисту общего печеночного протока (а значит расширением его диаметра). Операцию начинают с опорожнения кисты с помощью пункции. Далее выполняют холецистэктомию. После этого приступают к выделению общего желчного протока. Его аккуратно отпрепарировывают, под него проводят тонкий дренаж-держалку – это значительно облегчает манипуляции. До завершения выделения тела кисты проток не пересекают. Продолжают высвобождение кисты. Если этот процесс протекает без технических трудностей – просвет кисты не вскрывают. Два момента повышенного внимания – препаровка задней стенки (воротная вена и печеночная артерия) и дистальной части кисты (контакт с поджелудочной железой). При появлении трудностей переднюю стенку кисты необходимо рассечь, удалить остатки содержимого, в просвет ввести палец и продолжать препаровку на нем. Если и это

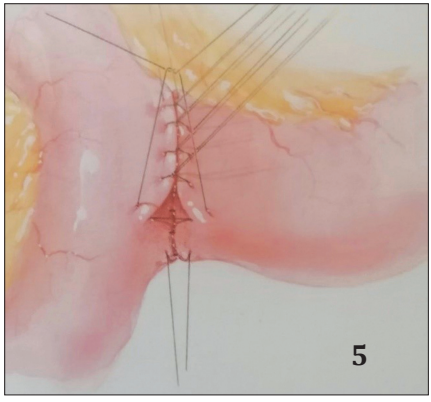
не помогает (плотные сращения с перечисленными образованиями, высокий риск их повреждения) кисту резецируют так же, как это делают при холецистэктомии по Прибраму – часть стенки кисты оставляют на месте – прием Lilly. При этом внутренний слой с оставляемой стенки, расслоив её, можно убрать, а можно сохранить всю её толщу. После выделения кисты или подлежащей удалению её части её удаляют. Культя общего печеночного протока используется для формирования анастомоза с тощей кишкой заранее обработанной по Ру, дистальную часть холедоха пересекают под кистой и перевязывают. Ложе кисты должно быть тщательно обработано. Гепатико-еюноанастомоз формируют по типу «конец-в-бок» способом, продиктованном длиной и диаметром протока, а также предпочтениями и опытом хирурга. Иногда встречаются ситуации, когда в кисту печеночные протоки впадают раздельно с расстоянием между ними в 1,5-2 см. и более. В таких случаях используют несколько вариантов: а) протоки вшивают в кишку раздельно; б) формируют один анастомоз путем предварительного сшивания рядом находящихся стенок протоков по А.А. Шалимову; в) оставляют часть верхнего полюса кисты с протоками и анастомоз формируют с ним. Основные варианты описанных операций представлены на рис. 46.



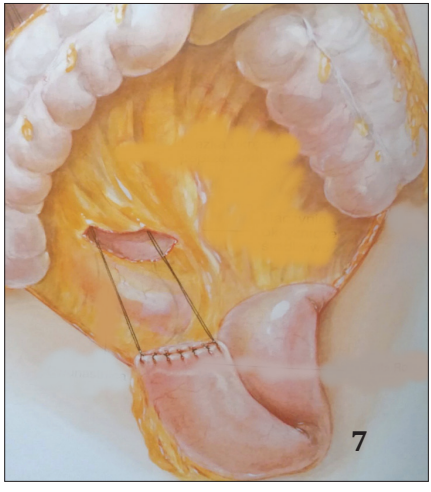


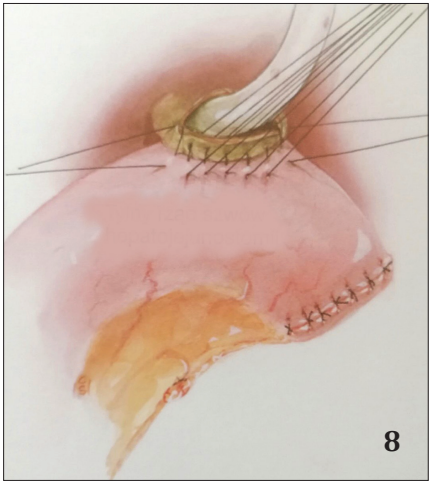

3


4


5


6


7


8

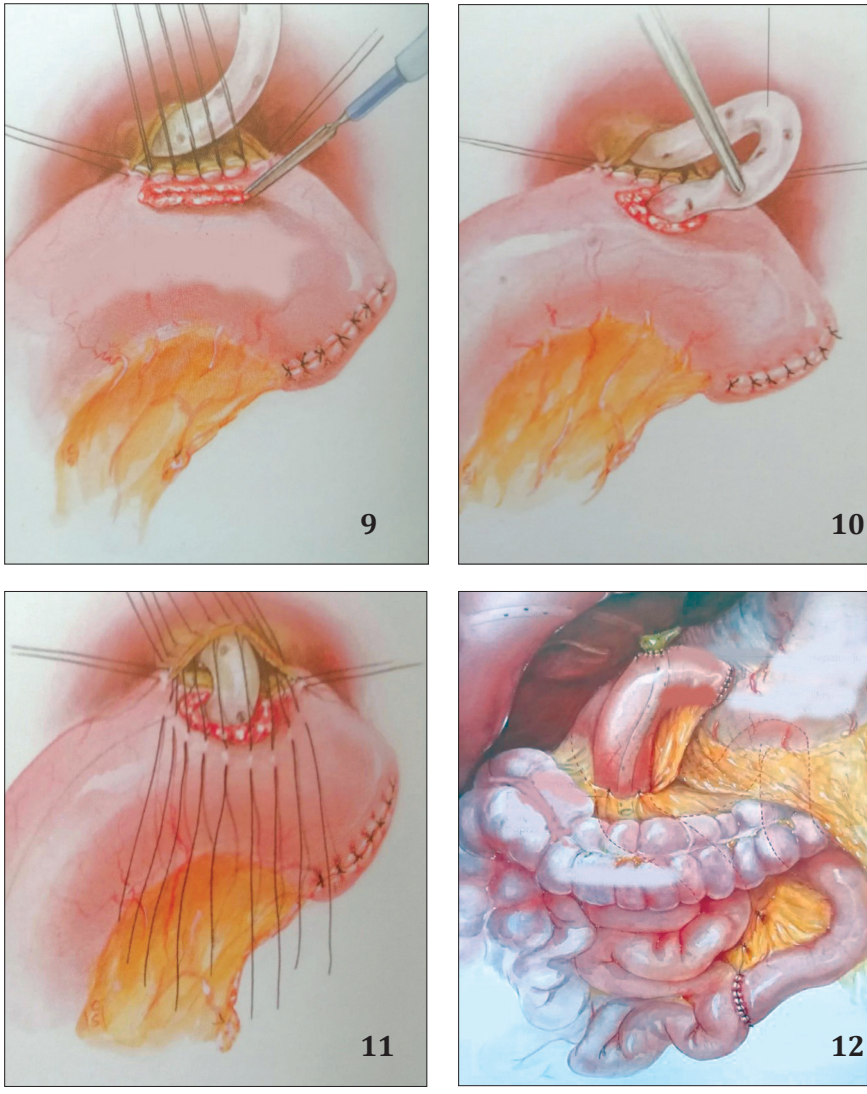


Рис. 46. **Этапы радикальной операции по поводу кисты холедоха с формированием гепатикоеюноанастомоза по Ру. (Источник: Cameron, Sandone. Atlas of gastrointestinal surgery).**

Вывод простой. Больных с кистами холедоха необходимо оперировать в специализированных клиниках, имеющих всё необходимое для достижения успеха, а главное – опыт и рациональная им подтвержденная хирургическая тактика с обязательным скурпулезным изучением отдаленных результатов различных видов вмешательств.

1.10. Дополнительный желчный проток

Дополнительные желчные протоки встречаются достаточно часто. Мы хотим обратить внимание на те из них, которые замечают редко, а если и замечают, то не придают им особого значения. Речь идет о дополнительном протоке, впадающим в заднюю стенку желчного пузыря в область его ложа (рис. 47).



Рис. 47. **Впадение добавочного желчного протока в заднюю стенку желчного пузыря.** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

Он встречается в 0,5% всех холецистэктомий – редко. Многие хирурги на него просто не обращают внимания. Напрасно. Могут быть неприятности. Протоки диаметром 1,5-2,0 мм. можно просто перевязать. Но если он достигает 2,5-3 мм. необходимо проявить осмотрительность: ввести в его просвет тонкий катетер и выполнить контрастное исследование (8-10 мл. контраста ввести шприцом). На полученных рентгенограммах видны сегменты печени, выводящие через проток желчь (их 1-2) и самое главное – есть ли анастомозы с протоками других сегментов. Если они есть – дополнительный проток можно спокойно перевязать. Если сообщения нет, отток необходимо обеспечить, в противоположном случае может наступить атрофия сегмента, холангит, желтуха. В острых случаях дополнительный проток необходимо дренировать и идти на формирование наружного свища. В «плановой» хирургии можно сразу сформировать анастомоз с обработанной по Ру тощей кишкой.

ГЛАВА 2.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В круг интересов многих хирургов, работающих в общехирургических или даже специализированных отделениях (плановой, неотложной абдоминальной хирургии) входит несколько основных нозологий – опухоли желудка, язвенная болезнь и её осложнения, дивертикулы желудка и т.д. Но есть заболевания редко встречающиеся, но приводящие при осложненном течении к тяжелым последствиям, требующим хирургического лечения. Их перечень достаточно длинный: от гемангиом до заворотов, от лимфогранулематоза до болезни Виллебранда (причин острых кровотечений), от флегмоны желудка до дивертикулов с их осложнениями. Обо всех писать нереально, остановимся только на наиболее значимых и интересующих хирургов (по нашему мнению).

2.1. Болезнь Рандю-Ослера

Наследственное заболевание, проявляющееся, в основном, кровотечениями, часто тяжелыми, из множественных телеангиоэктазий, располагающихся, в том числе и в желудке. Напомним: telos – конец, angion – сосуд, ektasis – расширение = телеангиоэктазия. Телеангиоэктазии могут быть врожденными (описываемые нами в этом разделе болезни), а могут быть приобретенными – при красной волчанке, болезни Майокки, лучевых повреждениях кожи, при циррозе печени и др. И в том и другом случае они могут располагаться в коже, слизистых оболочках, сетчатке глаза, в легких, печени, почках и, что для нас важно – в желудке.

У описываемой нами болезни много авторов. Первые её описания принадлежат Sutton (1864), далее – Рандю (1896), Ослеру (1901) и, наконец, Веберу (1907). Отсюда такой авторский коллектив в названии. Заболевание наследственное. Существуют два его объяснения. Одни исследователи считают, что локальное расширение сосудов (венул, капилляров) происходит из-за врожденной неполноценности мезенхимы и нарушения серотонинового обмена, другие – что телеангиоэктазии не что иное, как вновь образованные сосуды из

остатков эмбриональной ткани. Для нас важно, что эти образования в определенных обстоятельствах становятся источниками тяжелых кровотечений (в нашем случае – из стенок желудка), способных привести к летальному исходу. Расположенные в других местах телеангиоэктазии дают кровотечения в легких, почках, мочевыводящих путях, приводят к кровоизлияниям в мозг, его оболочки, сетчатку. Гастроскопически они представляют собой небольшие (несколько миллиметров) плоские, непульсирующие пурпурно-фиолетового цвета образования, легко кровоточащие при механическом повреждении. В желудке и других органах «пищеварительной трубки» они отчетливо видны на фоне слизистой в виде это неправильной формы синусообразные расширения сосудов с истонченными стенками (рис. 48-49).



Рис. 48. **Болезнь Рандю-Ослера. (По Кимаковичу В.И.)**

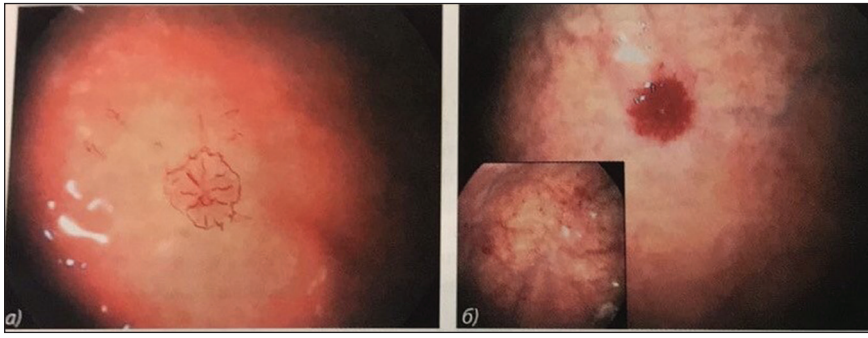


Рис. 49. **а) болезнь Рандю-Ослера; б) кровотечение при болезни Рандю-Ослера. (По Кимаковичу В.И.)**

Болезнь Рандю-Ослера – наследственное заболевание, передается по аутосомно-доминантному типу, с полом не связано. Правда, не у всех больных, даже при самом тщательном сборе анамнеза, удается установить этот факт.

Несмотря на наследственный характер заболевания в его развитии (до клинических проявлений) прослеживается четкая периоди-

зация, фазность. Заложенные в эмбриональном периоде предпосылки начинают постепенно реализовываться с возрастом: в раннем детском возрасте их обнаружить не удается, первые признаки проявляются в 6-10 лет (небольшие неправильной формы пятнышки), в юношеском – сосудистые «паучки», в зрелом – «узловатые» формы в виде узелков диаметром до 5-7 мм., выступающих над кожей или слизистой на несколько миллиметров. В разгар болезни все эти формы могу выявляться одновременно.

Главное клиническое проявление телеангиоэктазий – кровотечения. Диагностика наружных кровотечений достаточно проста. Внутренние диагностировать крайне сложно. Особенно в разбираемых нами случаях желудочных кровотечений, при частом отсутствии видимых внешних телеангиоэктазий. У таких больных при первом эпизоде кровотечения отсутствует ориентирующий хирурга анамнез – язвенный, опухолевый и т.д. Кровотечения начинаются внезапно – появляется общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, холодный пот. Нередки эпизоды потери сознания. При интенсивном кровотечении присоединяется кровавая рвота (сгустки, свежая кровь), ещё позже – мелена. До широкого использования гастроскопии диагноз пытались установить рентгенологически. Конечно, обнаружить при этом телеангиоэктазии невозможно. Но опытные рентгенологи заметили появление в антральном отделе желудка множественных дефектов наполнения, которые можно принять за полипы с одной разницей – они свободно перемещаются, меняют локализацию при надавливании на переднюю брюшную стенку. Оказалось, что это плотные сгустки крови. Симптом косвенный, но всё же симптом. Выручает пришедшая на смену гастродуоденоскопия. Но и она требует определенных навыков и опыта. Вспоминается старый фильм с Чарли Чаплиным в роли стоматолога, работающего с пациентом, густо заросшим мощной бородой. Чарли не смог найти рот и начать работу. Выход нашелся – бородачу дали набрать в рот воды и выпустить её под напором в виде струи – у основания её нашёлся рот. Также трудно обнаружить на слизистой желудка и телеангиоэктазии, тем более при просвете переполненном кровью и сгустками. Помочь может, при активном кровотечении, пульсирующая струя. Если её нет – желудок необходимо освободить от крови, отмыть и тщательно ревизовать всю поверхность слизистой. Болезнь Рандю-Ослера проявляется красными или фиолетовыми пятнами с

нечеткими краями, выступающими над уровнем неизмененной слизистой, диаметром 3-5 мм. Крайне опасно брать биопсию – риск тяжелого кровотечения реален!

Эндоскопия диагностическая, естественно, при обнаружении кровоточащих телеангиоэктазий должна трансформироваться в лечебную. Кровотечение необходимо остановить эффективными способами – коагуляцией, клипированием. После этого – полный комплекс интенсивной терапии при тяжёлых кровотечениях в условиях отделения реанимации с динамическим контролем эндоскописта и применением местных гемостатиков (per os): тромбина, ледяной аминокапроновой кислоты и др. При безуспешной эндоскопической и консервативной терапии – операция. Самая простая из них – иссечение участка стенки желудка с телеангиоэктазией. Выполняют интраоперационную гастроскопию, точно указывают локализацию источника кровотечения и иссекают. Некоторые хирурги выполняют резекцию желудка, что вряд ли оправдано. К сожалению, телеангиоэктазии могут созревать и в других участках стенки желудка и снова давать кровотечения. Тогда весь «круг» повторяют.

Под нашим наблюдением находилось 4 больных с болезнью Рандю-Ослера. В качестве примера приведем эпикриз больного П., 56 лет, который неоднократно (8 госпитализаций) лечился в клинике в двух периодах – до эндоскопических методик и после их внедрения. Первая госпитализация в клинику с диагнозом желудочно-кишечного кровотечения тяжёлой степени, подтвержденного клиническими данными и лабораторными исследованиями. Во время работы внезапно почувствовал общую слабость, головокружение, тошноту перешедшую в обильную рвоту (более 1 литра) кровью со сгустками. Помещен в отделение интенсивной терапии и реанимации: в желудок введён зонд, на переднюю брюшную стенку – холод, гемотрансфузия, интенсивная инфузионная терапия, per os – ледяная аминокапроновая кислота с тромбином. Через 30 минут – мелена (до 1 литра). Ситуацию удалось стабилизировать: восстановить показатели гемодинамики, концентрацию гемоглобина в периферической крови, гематокрит. тщательный осмотр кожных покровов и видимых слизистых изменений не выявил. Через 3 дня выполнена рентгеноскопия желудка – источник кровотечения не установлен. Из анамнеза установлено, что больной в течение длительного времени страдает сахарным диабетом, постоянно контролирует уровень сахара крови и корригирует введение инсулина. Со слов

больного, находится в связи с этим заболеванием в состоянии хронического стресса. Работая заведующим фруктово-овощной базой, находясь рядом с такими дефицитными тогда ананасами, бананами, цитрусовыми и т.д., он отказывал себе в их потреблении, строго соблюдая диету, предписанную эндокринологом, что и приводило его к постоянному стрессу. Никогда проявлений кровотечения (до 56 летнего возраста) не было. Выписан из клиники в удовлетворительном состоянии. В течение последующих пяти лет было ещё 6 подобных госпитализаций. Во время 8-й госпитализации была выполнена срочная гастроскопия – обнаружена кровоточащая телеангиоэктазия диаметром 4 мм. на задней стенки тела желудка. Выполнена электрокоагуляция. Диагноз был поставлен, источник установлен. В течение последующих трех лет периодически проходил профилактические эндоскопические исследования – рецидивов не было. О дальнейшей судьбе больного сведений нет – выехал на ПМЖ на этническую родину.

В заключение этого раздела мы можем порекомендовать хирургам, занимающимся лечением больных с желудочными кровотечениями, прежде всего помнить о существовании такого заболевания, как болезнь Рандю-Ослера. При обследовании больного внимательно осматривать кожные покровы, видимые слизистые в поисках телеангиоэктазий; при необходимости привлекать ЛОР-специалистов; присутствовать во время эндоскопического исследования и настраивать соответственно эндоскописта; четко представлять себе возможность появления после выписки новых источников кровотечений и правильно инструктировать пациентов; знать, что телеангиоэктазии могут располагаться и в других отделах ЖКТ – в 12-перстной кишке, тонкой и толстой кишке. Оперативность в диагностике, своевременность, полноценность и интенсивность лечения – главные условия успеха.

2.2. Солитарные изъязвления (синдром) Дьелафуа

Интересна история этого заболевания. Впервые его описал Gallurd в 1884 году, сообщив о двух случаях смерти от желудочного кровотечения из желудочной аневризмы. Значительно позже Жорж Дьелафуа, французский врач, президент Французской медицинской академии, описал 10 случаев смертельных кровотечений на почве эрозий слизистой оболочки желудка, на дне которых находилась аррозированная артерия. В чём интерес? В большой медицинской

энциклопедии, статье, посвящённой Ж. Дьелафуа, перечислены все его основные научные работы – по острому аппендициту, созданию специальных аспираторов, руководство по внутренней патологии, клинические лекции, многое другое. Но упоминания о специфических изъязвлениях – нет. И тем не менее о синдроме Дьелафуа – солитарных изъязвлениях, знают все, об остальных его работах, включенных в БМЭ -практически никто. Бывает.

В настоящее время считается, что в основе синдрома – аневризмы артериальных сосудов, расположенных в подслизистом слое желудка с наиболее частой локализацией в кардиальном отделе, прилежащие к малой кривизне. Главное клиническое проявление – массивные, тяжёлые кровотечения, нередко сопровождающиеся геморрагическим шоком и, при несвоевременном оказании помощи – смертью. Как часто они встречаются? По данным литературы прошлых лет – достаточно редко. Отдельные авторы сообщают о 2, 3, 8, иногда 10 наблюдениях. Возможно, это связано с трудностями диагностики этого заболевания. С появлением и широким внедрением эндоскопии и связанных с ней технологиями гемостаза положение резко изменилось. Приведем материалы докторской диссертации известного в Украине специалиста по эндоскопии – В. И. Никишаева, посвящённой диагностике и лечению желудочно-дуоденальных кровотечений. Им проанализированы результаты лечение 11883 больных с кровотечениями (2003 год). Язвы Дьелафуа были выявлены у 185 пациентов. Сейчас (2020 год) у автора уже более 300 наблюдений (!). Не думаю что в Киеве эпидемия этого заболевания или играют роль генетические особенности киевлян. Очевидно что всё дело в совершенствовании методов диагностики и мастерстве эндоскопистов.

Так что же такое язва Дьелафуа? При эндоскопическом осмотре или препарате резецированной части желудка они выглядят как округлые, овальные или звёздчатые образования (полипы), приподнятые над кровоточащим сосудом в центре. Диаметр от 0,2 до 0,5 см. (рис. 50).

При гистологическом исследовании стенки артерии определяется склероз и пролиферация интимы, дегенерация среднего слоя, обеднение или полное исчезновение эластических волокон – видимо этим и определяется высокая интенсивность кровотечения: сосуд «высокого давления» не спадается. Вокруг – инфильтрация стенки с накоплением лимфоцитов, гранулоцитов и плазмоцитов (рис. 51).

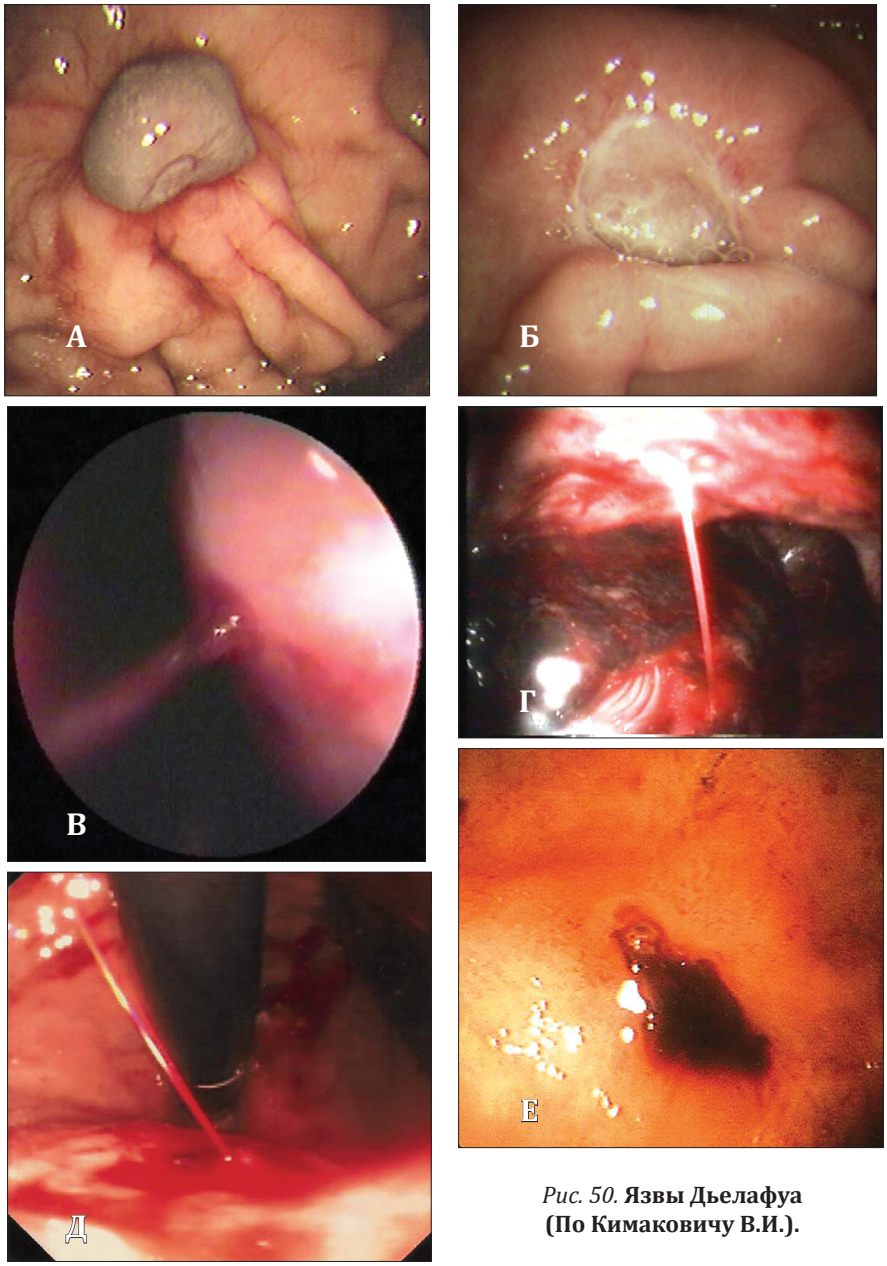


Рис. 50. **Язвы Дьелафуа (По Кимаковичу В.И.).**



Рис. 51. **Поперечный срез стенки желудка с эрозией Дьелафуа**

Клинически язва Дьелафуа отличаются отсутствием язвенного анамнеза, внезапным началом, жалобами на внезапную острую слабость, головокружение, бледность кожных покровов, холодный пот, тошноту, рвоту свежей кровью со сгустками, мелену. Главное в диагностике – срочная гастродуоденоскопия. Полезна премедикация, обязательно промывание желудка перед исследованием с максимально полным удалением содержимого и «смыванием» сгустков с поверхности слизистой. В некоторых случаях показано внутривенное обезболивание. Язвы либо видны после санации желудка, либо выдают себя тонкой струей крови из места эрозии. В прошлые годы таких больных оперировали: при «наводке» интраоперационной эндоскопии выполняли гастротомию с прошиванием эрозии. В настоящее время до 96% кровотечений при язве Дьелафуа удается надежно остановить с помощью эндоскопических методик – коагуляции, клипирования. Главное условие – источник должен быть установлен и обработан. В противном случае возможен роковой рецидив. Описаны случаи, когда выполненная «вслепую» резекция желудка заканчивалось тяжелым рецидивом кровотечения из неудаленного источника в ближайшем послеоперационном периоде и смертью пациента.

Вывод простой-синдром Дьелафуа не такое уж редкое заболевание. Главное – своевременное обнаружение эрозии и надежная её обработка. В подавляющем большинстве случаев удается избежать открытой, а тем более инвалидизирующей (резекция желудка) операции. Хирургические отделения должны быть оснащены необходимым для этого оборудованием и укомплектованы подготовленными специалистами. «Открытая» операция показана при

безуспешном эндоскопическом гемостазе. Радикальных операций необходимо избегать. С помощью гастроскопа во время вмешательства четко локализовать язву. Прошить её можно извне при раздутом воздухом желудке, можно после гастротомии. Как правило, гемостаз в таких случаях надежен.

2.3. Заворот желудка

Желудок – один из важнейших органов пищеварительной системы, это её «орган управления». Он выполняет множество сложных функций, одна из которых – моторная. Она обеспечивает депонирование поступивших пищевых масс, тщательное смешивание их с желудочным соком и порционное перемещение (эвакуацию) в 12-перстную кишку. Осуществлять всё перечисленное помогает анатомическое устройство желудка: он достаточно стабилен в брюшной полости, имея две основных точки фиксации – в пищеводно-желудочном и желудочно-дуоденальном переходах; в его стенке имеется три мощных слоя гладких мышц – наружный (продольный), средний (круговой) и внутренний (косой). Они обеспечивают всё многообразие движений желудка в процессе пищеварения, которые мы видим при рентгенологическом обследовании и обозначаем как перистальтику желудка. Без ограничений, при наличии двух стационарных точек фиксации, избыточная двигательная активность может привести к неприятностям, в частности – заворотам. Поэтому природой предусмотрен связочный аппарат, допускающий необходимую свободу движений, но в разумных пределах. Желудок имеет 6 поверхностных и 3 глубоких связки. Таким образом желудок обладает достаточно высокой двигательной активностью, с необходимой амплитудой сокращений, но в безопасных рамках. Однако при некоторых обстоятельствах (предрасполагающих к завороту) эта гармония нарушается: при пороках эмбриогенеза – отсутствием, удлинением, расслаблением фиксирующего связочного аппарата; при различных деформациях, вызванных заболеваниями желудка (язвенная болезнь, ожоги желудка, опухоли, спаечный процесс в брюшной полости и т.д.); при дефектах диафрагмы с образованием диафрагмальных грыж; при истощении; при гастроптозе, висцероптозе – желудок получает избыточную свободу и при наличии производящих факторов – упорной неукротимой рвоте, переполнении желудка, резком повышении внутрибрюшного давления и др. может возникнуть заворот желудка. Заворотом считается поворот желудка минимум на 180°, приводящий к обструкции. Выделяют

три основных вида заворотов: органоаксиальный или продольный, мезентерикоаксиальный или поперечный и комбинированные. Различают по воображаемой оси, вокруг которой происходит вращение: продольное – по линии, проходящей от кардии к привратнику; поперечное – по оси, идущей от угла желудка к середине большой кривизны. Внутри основных видов заворота существуют варианты. При продольном: а) большая кривизна желудка набрасывается на переднюю поверхность органа вместе с поперечно-ободочной кишкой и большим сальником; б) большая кривизна подворачивается кзади и кверху, вдоль задней стенки желудка в сторону малого сальника. При поперечном: а) движение отделов желудка происходит по часовой стрелке – пилорический отдел смещается кверху справа налево, а кардиальный – вниз и вправо; б) желудок поворачивается вдоль воображаемой оси против движения часовой стрелки. Основные варианты заворотов желудка представлены на рис. 52.

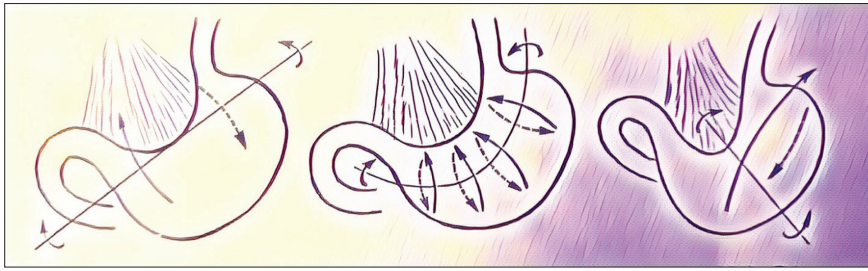


Рис. 52. **Варианты заворотов желудка.**

Заворот желудка может произойти в брюшной полости, а может состояться в грыжевом мешке при дефектах диафрагмы, т.е. в грудной клетке (плевральной полости).

Клинические формы заворота желудка находятся в прямой связи со степенью поворота желудка, а значит с сохранением (частичным) или полным прекращением эвакуации пищевых масс в 12-перстную кишку. В первом случае говорят о хроническом завороте желудка. При нем поворот по одной из осей желудка достигает 180 ◦ , проходимость резко нарушена, но сохранена. Больные жалуются на появление в верхних отделах живота схваткообразных болей (после еды), отрыжки, тошноты, вздутия в эпигастрии. Помогает использование различных поз – от коленно-локтевой до лежа на левом боку. Если больной обратился к врачу, последнему помогает поставить правильный диагноз рентгенологическое обследование с использованием водорастворимого контраста. При расположении желудка в брюшной

полости на рентгенограммах выявляют дополнительный газовый пузырь в желудке; горизонтальный уровень жидкости; высокое стояние левого купола диафрагмы; укороченный по форме желудок; сохранение пассажа контраста в луковицу 12-перстной кишки и далее.

Иная картина наблюдается при остром завороте желудка. Приступ начинается внезапно, чаще – после обильной еды. Прежде всего больной отмечает появление резких, сильных, схваткообразных болей в эпигастрии и левом подреберье, вздутие в верхней половине живота, рвоту, не приносящую облегчения. При осмотре обращают на себя внимание бледность кожных покровов, холодный пот, попытки найти вынужденное положение, позволяющее снизить интенсивность болей, от которых многие больные стонут и даже кричат. Любые движения причиняют страдания. При осмотре живота обращает на себя внимание локальное вздутие в эпигастрии, резкая болезненность и напряжение мышц в этой области при пальпации, тимпанит над вздутием, шум плеска при поколачивании. Попытка ввести зонд в желудок заканчивается неудачей из-за механического препятствия в нижней части пищевода, на этом же уровне останавливается и данный per os контраст. Эти признаки лежат в основе триады Борхардта – прекращение рвоты, срыгивание при приеме нескольких глотков воды, невозможность провести зонд в желудок. Клиника бурно нарастает – больные нуждаются в срочной операции. Часто предоперационную подготовку приходится выполнять на столе. Время терять нельзя – возможен тотальный некроз желудка, разрыв его стенки. Хирургическую тактику иллюстрирует одно из наших наблюдений.

Больной С., 30 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие, острые, схваткообразные боли в верхней половине живота с быстро развившимся вздутием в этой области. Приступ развился в сауне, во время обильного застолья (шашлыки и т.д.). Попытки вызвать рвоту и добиться облегчения (такой опыт у больного был) к успеху не привели. Появилось чувство страха, тревоги. Каретой скорой помощи доставлен в приемное отделение. При осмотре: положении на левом боку приведенными к животу коленями; стонет от боли; кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; черты лица заострены; поворот на спину для физикального обследования привел к усилению болей в животе; язык сухой, обложен серо-желтым налетом; живот увеличен в эпигастрии, вздут, по этой причине – ассиметричен. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц в эпигастрии; при перкуссии тут же – тимпанит; при аускультации: ниже вздутия усиленная перистальтика, над выпячиванием – шум плеска; per rectum – без особенностей, на перчатке кал обычного цвета и консистенции. Пульс

110 уд/мин., АД – 100/60 мм. рт.ст. Больной помещен в отделение интенсивной терапии и реанимации для проведения предоперационной подготовки. Специальные исследования не проводились: попытка ввести зонд в желудок не удалось из-за механического препятствия в терминальной части пищевода. Предварительный диагноз: острый заворот желудка. Операция: верхне-срединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. Петли тонкой кишки в спавшемся состоянии. Поперечно-ободочная кишка и часть большого сальника увлечена большой кривизной желудка в сторону малого сальника, распластанного на превратившемся в баллон желудке, переполненном жидкостью и газом. Стенка желудка отечна, гиперемирована, с множественными точечными кровоизлияниями. «Вывихнуть» желудок в брюшную полость из-за изменений в перерастянутой стенке не рискнули. В пилорическом отделе желудка подготовили «площадку», оградили её по кругу влажными тампонами. К троакару присоединили резиновую трубку, желудок пунктировали – удалено около 3-х литров бурой жидкости с примесью пищи. После опорожнения стенки желудка спались, что позволило аккуратно расправить заворот по продольной оси, осторожно разделяя рыхлые спайки. В желудок введен толстый назо-гастральный зонд. Выполнено осторожное промывание его просвета, дефектов стенки желудка не выявлено. Связки желудка целые. Выполнена интраоперационная гастроскопия. В антральном отделе обнаружены очаговые некрозы слизистой полигональной формы, кровоточащие при контакте с гастроскопом. В клинику вызван дежурный профессор кафедры. После ознакомления с ситуацией принято решение о резекции 2/3 желудка с пораженным некрозом участком. Операция выполнена по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера на короткой петле, позадиободочно. Выписан через 15 дней под наблюдение хирурга районной поликлиники.

Возможны и другие варианты тактики. Но есть общие моменты: желудок перед манипуляциями должен быть опорожнен из-за высокого риска разрыва стенки; ревизия должна быть тщательной и полноценной – нельзя пропускать участки некроза, способные в послеоперационном периоде привести к перфорации; по этой же причине показана интраоперационная гастроскопия – все некрозы начинаются со слизистой; при отсутствии показаний к резекции необходимо обеспечить декомпрессию расширенного желудка либо с помощью постоянного зонда, либо сформировав гастростому; полезно проведения зонда для питания за связку Трейтца.

Несколько иная ситуация складывается при завороте желудка внутри диафрагмальных грыж. Ведущим клиническим признаком

заворота, как и в предыдущих вариантах, является боль, но локализируется она в основном за грудиной. Боли в эпигастрии могут быть тоже, но по интенсивности и значимости для больного они уступают загрудинным. Кроме боли пациента беспокоят затрудненное дыхание (одышка), боли в области сердца, тошнота, позывы на рвоту, невозможность успешно проглотить воду на фоне возникшей жажды. Действует приведенная выше триада Борхардта. Другие признаки – тахикардия, снижение АД и др. – идентичны. Очень полезна обычная обзорная рентгенография груди в двух проекциях: в грудной полости обнаруживается газовый пузырь, уровень жидкости. Дача контраста (при сохранении его поступления в желудок) подтверждает диагноз, отрицательная попытка – тоже результат в пользу диагноза заворота. Абсолютно точную картину дает компьютерная томография. Наличие желудка в грудной полости, при внезапно развившейся клинике острого заболевания – прямые показания к срочной операции. Промедление, из-за высокого уровня угрозы некроза, крайне опасно. Задачи операцию просты – ликвидация заворота, оценка жизнеспособности желудка, устранение осложнений и принятие профилактических мер с целью недопущения рецидива. Основной доступ через брюшную полость. Торакотомия может понадобиться в исключительных случаях.

После лапаротомии оценивают ситуацию. Подтверждают диагноз. Первая задача – вернуть желудок в брюшную полость. При этом необходимо действовать крайне осторожно из-за риска повреждения стенки. Лучше всего из желудка до низведения удалить содержимое – либо через зонд, либо с помощью троакара. Важны меры предосторожности – желательно не допустить инфицирования грудной и брюшной полости. Опорожненный и низведенный желудок укутывают влажным полотенцем, экономно иссекают грыжевой мешок, зашивают дефект диафрагмы подходящим ситуации способом, вплоть до использования синтетических сеток. Приступают к желудку. При развитии некроза стенки выполняют резекцию с формированием анастомоза.

При тотальном некрозе показано гастрэктомия в двух вариантах: а) с формированием эзофагоеюноанастомоза; б) с ушиванием культи 12-перстной кишки и наружным дренированием пищевода с помощью зонда, введенного в дистальную его часть; с обработкой тощей кишки по Ру с энтеро-энтероанастомозом и выведением дистальной части кишки на кожу для энтерального питания и последующего формирования анастомоза. При жизнеспособном желудке (желательна контрольная интраоперационная гастроскопия) его необходимо дренировать до восстановления тонуса стенки и фик-

сировать. Этому способствует гастростомия с фиксацией желудка к передней брюшной стенке.

Клинический пример: **больной Ж., 32 лет,** поступил в клинику по скорой помощи до диагнозом: острый инфаркт миокарда. В приемном отделении осмотрен кардиологом (диагноз отверг) и хирургом. Из анамнеза выяснено, что за 5 лет до поступления во время войны в Афганистане был ранен – подрыв БТР на мине. Проходил лечение в госпитале: ушиб мягких тканей обеих ягодиц, компрессионный перелом двух поясничных позвонков без повреждения внутренних органов (в полевом госпитале выполняли лапароцентез). После увольнения чувствовал себя вполне удовлетворительно, вернулся к полноценной мирной жизни, работал по прежней специальности (сварщик на судостроительном заводе). В последний год после физических нагрузок появились боли за грудиной, отрыжка воздухом. К врачу не обращался. Накануне, после поднятия тяжести на работе, боли возникли внезапно, как обычно не прошли, приняли стойкий характер. Попытки выпить воды прерывались отрыжкой и рвотой. Доставлен в клинику. На обзорной рентгенограмме в левой плевральной полости газовый пузырь над уровнем жидкости. Водорастворимый контраст остановился в нижней трети пищевода. С диагнозом – «ущемленная посттравматическая диафрагмальная грыжа» после предоперационной подготовки взят в операционную. Выполнена верхне-срединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Петли тонкой кишки активно перистальтируют. В левом куполе диафрагмы имеется дефект, в который большей своей частью вошел желудок, повернувшись вокруг оси, идущей от пищевода к привратнику, большая кривизна его повернулась вверх и вправо. Образовался баллон, заполненной жидкостью и газом. Пищеводно-желудочный и желудочно-дуоденальный переход непроходимы. Троакарная пункция – удалено около 2-х литров застойной жидкости. Желудок низведен в брюшную полость, тщательно осмотрен, в том числе и через гастроскоп. Желудок признан жизнеспособным. Диафрагмальная грыжа ликвидирована, дефект в диафрагме ушит путем создания из её сухожильной части дубликатуры. Желудок «уложен» на место. На передней стенке сформирована гастростома по Витцелю с фиксацией к передней стенке желудка. За связку Трейтца проведен тонкий зонд для питания. Левое поддиафрагмальное пространство дренировано. Выписка на 18-е сутки.

На представленных рисунках демонстрируются возможности обзорной КТ в диагностике заворота желудка.

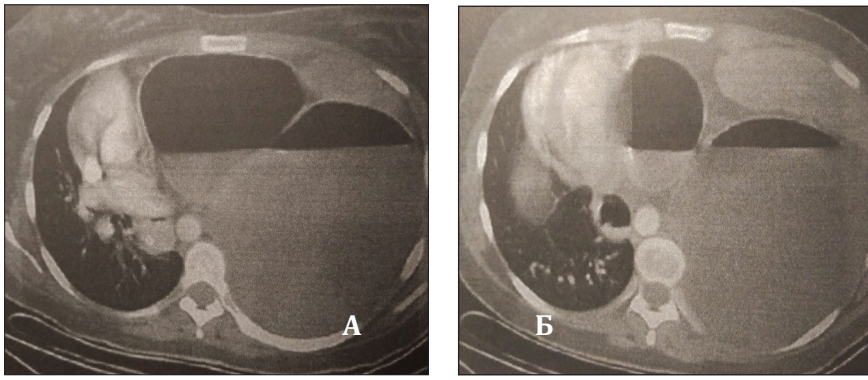


Рис. 53. **Компьютерная томография при завороте желудка.**

В заключение отметим, что успех лечения больных с заворотом желудка зависит от раннего обращения, ранней диагностики, ранней грамотно выполненной операции – до наступления некроза стенки желудка. С его развитием шансы на выздоровление значительно уменьшаются.

2.4. Флегмона желудка

Флегмона желудка – острое гнойное воспаление желудочной стенки. Считается, что при этом заболевании поражается преимущественно слизистая. Однако нередки случаи, когда процесс переходит в глубь и поражают все слои стенки желудка, вплоть до серозного. Для развития заболевания необходимо два условия – проникновение инфекции в толщу стенки органа через те или иные входные ворота и резкое снижение защитных сил организма. Входными воротами могут быть различные повреждения слизистой при её ранениях, ожогах, язвах, опухолях, зондирование, биопсии и т. д. Не исключён гематогенный путь переноса возбудителей при других инфекционных заболеваниях. Имеет значение снижение выработки желудком соляной кислоты, ахилия. Гнойная инфекция может поражать ограниченный участок стенки, а может распространяться диффузно, поражая весь орган. Возбудителями инфекции чаще всего являются стрептококки (2/3 случаев), реже – стафилококк, кишечная палочка, анаэробы (1/3). Течение болезни острое. Внезапно появляются интенсивные, мучительные боли в эпигастрии, тошнота, икота, рвота желудочным содержимым с прожилками крови, повыша-

ется температура тела, отмечается задержка стула и газов, иногда – поносы. Появляется сильное чувство жажды, неприятный запах изо рта. Одновременно больные испытывают тревогу, страх. Для уменьшения болей ищут удобное положение, обездвиживаются. При осмотре кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Частота пульса – до 120 уд/мин. Артериальное давление снижается. Язык сухой, у корня обложен серо-желтым налетом. Мучает жажда, но питье усиливает боль. При пальпации, перкуссии, пальцевом исследовании прямой кишки – признаки, свойственные перитониту. Высокий лейкоцитоз, анемия. Как правило, устанавливают диагноз либо перфоративной язвы желудка, либо острого панкреатита, осложненных разлитым перитонитом. Таких больных сразу готовят к операции. При недостаточно убедительной картине выполняют рентгенографию органов брюшной полости, при необходимости – лапароскопию, ультрасонографию, КТ. Эти методы уточняют диагноз, но главное – это ревизия во время лапаротомии. Объем операции определяется степенью поражения стенки желудка – глубиной и распространенностью. Возможны: дренирование брюшной полости («ничего не делать»), резекция желудка и даже гастрэктомия. Всё зависит от уровня квалификации хирурга, его настроя и состояния пациента. Приводим два клинических наблюдения:

Больной К., 67 лет, поступил в клинику с картиной перфоративной язвы желудка. При рентгеноскопии брюшной полости свободного газа не выявлено, но обнаружена жидкость и раздутые жидкостью и газом петли тонкой кишки (признаки перитонита). После интенсивной предоперационной подготовки – лапаротомия. В брюшной полости около 400 мл серозной жидкости желтоватого цвета с неприятным запахом (удалена электроотсосом). Петли тонкой кишки умеренно раздуты, перистальтируют. При ревизии органов брюшной полости обнаружены изменения дистальной части желудка: стенка его отёчная, тусклая, зеленовато-серого цвета. Не перистальтирует, легко повреждается при контакте. Верхний этаж брюшной полости отгорожен влажными тампонами и полотенцами. Проведена аккуратная мобилизация дистальных 2/3 желудка в пределах неизмененных тканей с перевязкой левой желудочной артерии. Выполнена резекция желудка с формированием гастро-энтероанастомоза по Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера на длинной петли с Брауновским соустьем, проведенной позади ободочной кишки. Тонкая кишка интубирована до Брауновского анастомоза через цекостому. Брюшная полость дренирована.

Послеоперационное течение тяжёлое, развилось нагноение раны. Выписан на 30 сутки после операции. Резецированная часть желудка представлена на рис. 54.

При гистологическом исследовании – некроз всех слоев стенки желудка с мощной лейкоцитарной инфильтрацией, тромбозом сосудов всех уровней.



Рис. 54. **Флегмона дистальной половины желудка.**

Больная П., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с клиникой деструктивного панкреатита. За два года до поступления была прооперирована по поводу рака выходного отдела желудка (субтотальная резекция по Бильрот II на короткой петле, позадиободочный анастомоз). При обследовании клиника выраженного местного перитонита с распространением воспаления и на остальную брюшную полость. При срочной гастроскопии выявлен некроз слизистой культи желудка. После предоперационной подготовки – лапаротомия. В брюшной полости около 600 мл. мутного выпота с неприятным запахом. Петли тонкой кишки не раздуты, но и не перестальтируют. В верхнем этаже брюшной полости умеренно выраженный спаечный процесс после первой операции. Постепенно спайки разделены, что позволило «выйти» на культю желудка. Её стенка оказалась утолщенной, отечной, рыхлой, в толще – небольшие абсцессы, при надавливании тупфером выделяется гной желто-зелёного цвета. Множество субсерозных кровоизлияний. После консилиума и консультаций с родственниками выполнена гастрэктомия с формированием эзофагоеюноанастомоза по Ру. Интубация тонкой кишки через цекостому. Дренирование брюшной полости. Послеоперационный протекал крайне тяжело. Выраженная системная воспалительная реакция сопровождалось развитием полиорганной недостаточности (сепсисом), двухсторонней пневмонии. На шестые сутки наступила смерть.

Два случая, схожая тактика, разные исходы. Очевидно, что при флегмоне желудка тактика должна быть строго индивидуальной.

Видимо можно, в зависимости от ситуации, использовать и консервативные методы лечения (при отсутствии перитонита) и оперативные – тоже дифференцированные: от введения антибиотиков в большой и малый сальник, стенку желудка, дренирование, до радикальных вмешательств. Каждому хирургу и пациенту – своё!

2.5. Острое расширение желудка

Острое расширение или острая его атония – редкое, но крайне опасное заболевание желудка. Впервые описано в 1857 году. В мировой литературе описано всего несколько сот случаев. Ясно, что в основе заболевания лежит остро развившаяся слабость мышечной стенки желудка, неспособность её не только эвакуировать содержимое, но и удерживать желудочный тонус в безопасных объёмах. Считается, что под влиянием неизвестных ядов (химических, бактериальных) поражается нервный аппарат органа, что и приводит к атонии. Странная теория избирательного поражения единого для всех органов брюшной полости нервного аппарата. Иногда к этому присоединяется и 12-перстная кишка, но не более. Так или иначе желудок резко расширяется, накапливает значительное количество содержимого, возникает самая высокая по локализации «непроходимость ЖКТ», приводящая к тяжелейшим нарушением гомеостаза, возможно – к разрывам желудка, нередко – к смерти. Очень часто острое расширение желудка развивается после больших операций и на желудке, и на органах брюшной полости, и на конечностях. Описаны случаи ОРЖ при брюшном тифе, пневмонии и т. д. В одних случаях имеется препятствие в выходном отделе желудка в виде язвенной деформации, опухоли, в других случаях никаких, даже малейших, барьеров нет. Таким образом, хирурги имеют дело с конечным результатом неизвестных пока процессов в организме больного, их следствием, которые необходимо устранить.

Клинически острое расширение желудка проявляется в появлении чувства тяжести, переполнения в подложечной области, затем – обильной рвоты, мучительной, навязчивой, с обильным количеством жидкости, нередко с примесью желчи. Ощущается жажда, но каждый выпитый глоток воды только усиливает рвоту, в которой постепенно появляется примесь крови и сгустков. Больного беспокоит икота, расширяются зрачки, кожа покрывается липким потом, в икроножных мышцах возможны судороги. Обращает на себя внимание характерная форма живота – он резко вздут в средней части

и втянут по бокам. После введения зонда и эвакуации содержимого из желудка вздутый живот быстро опадает. Без лечения смерть может наступить на 3-5 день. Кроме эффективного применения зонда диагноз поможет установить рентгенологическое исследование: желудок резко увеличен, достигает большой кривизной полости малого таза (при нормальном позиции кардии и луковицы 12-перстной кишки). Газовый пузырь гигантских размеров, левый купол диафрагмы выше правого, барий, принятый per os, медленно погружается по направлению к опущенной большой кривизне. Эвакуации контраста по двенадцатиперстной кишке нет (рис. 55).

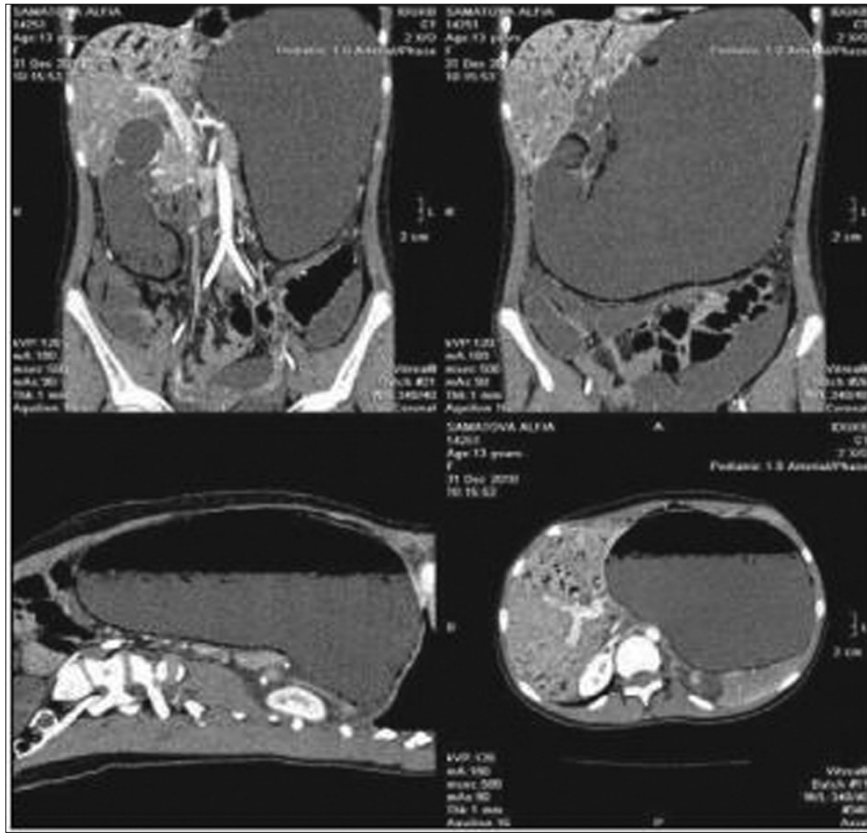


Рис. 55. **Обзорная рентгенограмма брюшной полости и компьютерная томография с контрастированием при остром расширении желудка (©Е.Ю. Дьяконова).**

Полезна гастроскопия: её задача выявить наличие или отсутствие в выходном отделе желудка механического препятствия – рубцово-язвенного стеноза, опухоли, фитобезоара и т. д. Это поможет определить рациональную тактику.

Единой тактики для лечения больных с острым расширением желудка нет. «Мнения ученых» разделились. Многие придерживаются консервативной тактики: зонд в желудок для эвакуации, зонд за связку Трейтца для питания, многокомпонентная инфузионная терапия с парентеральным питанием, симптоматическая терапия для поддержания работы жизненно важных органов – сердца, легких, почек и т. д. Специальной группой применяются препараты, нормализующие моторику – атропин, прозерин, стрихнин, у больных после ваготомии – бензогексоний. Полезны электростимуляция, ГБО.

При безуспешном лечение в течение 2-3 дней рекомендует оперативное лечение. При отсутствии органических препятствий показана гастростомия для постоянной эвакуации содержимого. Некоторые авторы применяют операцию трансеюнального дренирования желудка после формирования гастро-энтероанастомоза на длинной петле. Полезно дополнить эти паллиативное вмешательство рассечениет связки Трейтца по Стронгу-Витебскому.

При наличии хронического препятствия, лишающего всякой перспективы паллиативные вмешательства, показана резекция желудка. Возможна пилоропластика с отсроченным выполнением ваготомии.

Летальность при этом продолжает оставаться высокой – около 40%.

Приводим два случая лечения больных с острым расширением желудка.

Больной И., 42 лет, оперирован в клинике по поводу субкомпенсированного стеноза луковицы 12-перстной кишки на высоте кровотечения из язвы на передней стенки луковицы. Выполнена пилоропластика по Финнею с иссечением язвы, двухсторонняя поддиафрагмальная ваготомия. Больной был склонен к злоупотреблению алкоголем, зонд из желудка на 2-е сутки после операции удалил, от лечения отказался. На 4 сутки после операции во дворе клиники «обмыл» с приятелями успешную операцию, запивал водку сливовым соком. Ночью появились резкие боли в эпигастрии, увеличение в объеме живота, симптомы раздражения брюшины. Дежурным хирургом введен зонд – удалено 2,5 л. застойного содержимого. Дан водорастворимый контраст – большая кривизна желудка достигает симфиза. Диагностировано острое расширение желудка. Учитывая негативное отношение пациента к зондам, принято решение об опе-

рации. На релапаротомии – в зоне операции благополучие, желудок увеличен в размерах, емкостью до 3 л. Сформирована гастростома по Витцелю, в тонкую кишку проведён питательный зонд (через гастростомическую трубку). В течение трех суток проводили аспирацию желудочного содержимого, энтеральное питание через зонд, комплексную инфузионную терапию с включением бензогексония. На 4-е сутки тонус желудка восстановился. Выписан под наблюдение врача поликлиники.

Больной Г., 40 лет, поступил в клинику с диагнозом «острая кишечная непроходимость». В течение 10 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки с формированием стеноза. Регулярно лечился под наблюдением гастроэнтеролога поликлиники, соблюдал диету, алкоголь не употреблял вообще. Доставлен в клинику с собственного юбилея, во время которого поддался на уговоры гостей и выпил около 200 мл. водки и фужер шампанского. Почувствовал себя плохо – резкие боли в животе, вздутие в верхних отделах, рвота съеденной пищей, жажда. Выпитая вода облегчения не принесла – вздутие увеличилось, была рвота. В приемном отделении немедленно был введен зонд – живот, по мере удаления желудочного содержимого, опал, принял обычную форму. Госпитализирован. При рентгеноскопии на 2-й день выявлено острое расширение желудка, на ФГДС – рубцово-язвенный стеноз луковицы 12-перстной кишки. Через 2 дня интенсивного лечения тонус желудка не восстановился. Больной оперирован. Выполнена резекция 2/3 желудка с гастро-энтероанастомозом по Ру и операция Стронга-Витебского. Выздоровление. Выписан через 10 дней после операции.

В заключение: это редкое и тяжёлое заболевание неясного генеза. Подход к лечению – индивидуальный. Главное – своевременное его начало и полнота проводимых мероприятий с постоянным контролем эффективности. При безуспешной консервативной терапии – операция с индивидуальным определением её характера и объема.

2.6. Артерио-мезентериальная непроходимость 12-перстной кишки

Редкое, трудно диагностируемое, трудно поддающееся консервативному и хирургическому лечению заболевание. Казалось бы всё просто – в терминальном отделе 12-перстной кишки развивается механическая непроходимость, после простейшего анастомоза, дающего выход в тощую кишку проблема исчерпывается. Но на деле все

обстоит иначе, намного сложнее. Даже после успешной операции, при восстановленной проходимости многие пациенты продолжают страдать, подвергаются повторным операциям с хитросплетениями анастомозов и резекций, которые мало помогают. Пациенты объединяются в интернет-сообщества, постоянно общаются, совместно ищут выход из сложившейся ситуации. Попробуем разобраться. Начнём с факторов, способствующих развитию непроходимости.

Анатомия 12-перстной кишки и дуодено-еюнального перехода. Из всех органов желудочно-кишечного тракта самая высокая нагрузка ложится на 12-перстную кишку. Проксимальнее её находится желудок – мощный мышечный орган, фиксированный в двух местах, подвешенный на связках, дающих ему полную свободу перистальтики – в любом направлении, с любой глубиной. Дистально – тонкая кишка, достаточно мощная с полной свободой перемещения при своих сокращениях, брыжейка ей позволяет любые фантазии. И между ними – 12-перстная кишка: короткая, маломощная, со всех сторон стесненная и зажатая связками, забрюшинным положением и т. д. – не развернешься. А работать надо. Подвижностью обладает только проксимальный сегмент кишки, покрытый со всех сторон брюшиной. Вся остальная часть по передней стенке покрыта висцеральной брюшиной, по задней – достаточно прочно фиксирована к париетальной. Кишка фиксирована и к головке поджелудочной железы, которую она огибает. В дистальной части её прочно удерживает связка Трейтца. Длина duodeni небольшая – всего 20-30 см. При этом описаны различные её формы – кольцевидная, V-образная, U-образная, C-образная, складчатая (рис. 56).

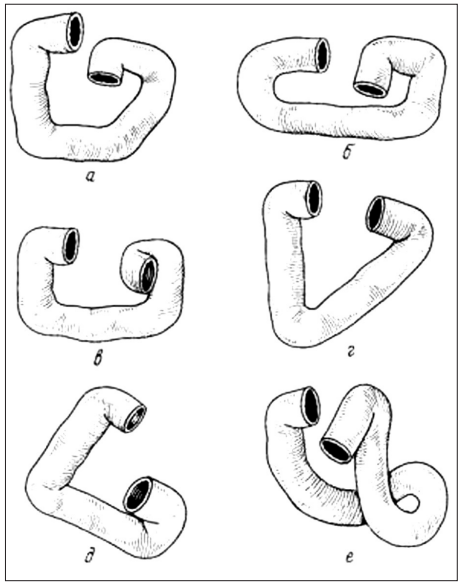


Рис. 56. **Формы двенадцатиперстной кишки:**
а,б – кольцевидная, в – U-образная, г – V-образная, д – C-образная, е – складчатая, неправильная форма (по В.Боброву).

Могут препятствовать эвакуаторной функции 12-перстной кишки и сосуды, пересекающие её по передней поверхности: в нисходящей части кишки vasa colica dextra, в терминальном отделе – верхние мезентериальные сосуды (рис. 57-58).

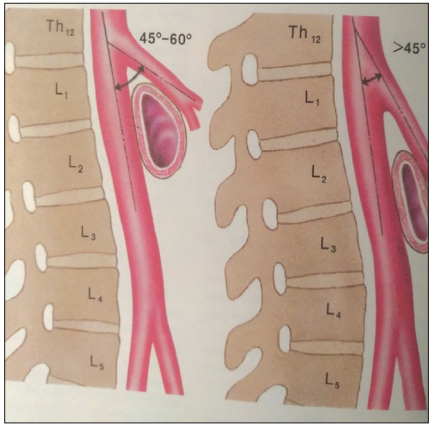


Рис. 57. **Взаимотношения 12-перстной кишки и верхних мезентериальных сосудов.**

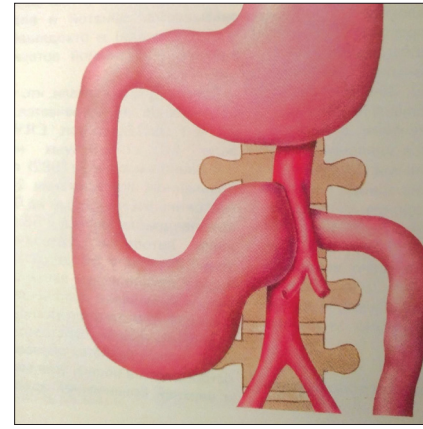


Рис. 58. **Верхнемезентериальные сосуды и непроходимость 12-перстной кишки.**

У многих эвакуации препятствует резкий перегиб кишки вместе дуодено-еюнального перехода. Он может выглядеть как пологая дуга, а может представлять из себя острый угол, открытый книзу, когда восходящая часть двенадцатиперстной кишки и первая петля тощей идут практически параллельно (рис. 59).

Именно в этом месте создаются все условия для возникновения механической непроходимости:

– острый угол дуодено-еюнального перехода;

– сдавливающие просвет кишки верхние брыжеечные сосуды;

– связка Трейтца.

Компрессия 12-перстной кишки верхне-брыжеечными сосудами развивается у людей,

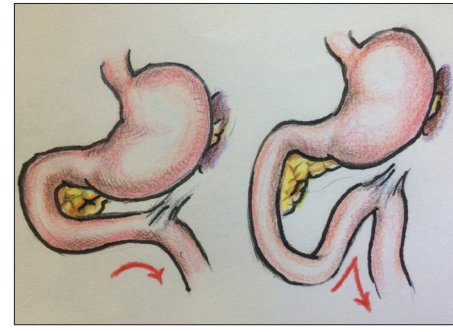


Рис. 59. **Варианты дуоденоеюнального перехода.**

у которых угол отхождения артерии от аорты составляет 20° и меньше (в «норме» он составляет 30-50°). Этому способствует также выраженный лордоз в нижне-грудном отделе позвоночника, а также натяжение сосудов брыжейки у истощенных людей с висцероптозом. Истощение приводит к исчезновению жировой клетчатки, которая в норме как подушка прикрывает кишку от сосудов, предотвращает сдавление.

Особо необходимо остановиться на связки Трейтца, которая принимает участие в образовании так называемого дуодено-еюнального клапана (по Я.Д. Витебскому). Этот клапан – результат действия следующих факторов:

– восходящего направления фиксированного терминального отдела duodeni и нисходящего отдела тощей с образованием «двустволки»;

– прочной фиксацией области изгиба связкой Трейтца;

– наличием в связке Трейтца мышечных волокон, сокращение которых ведет к уплощению просвета кишки, а случае стойкого спазма – к полному его перекрытию;

– стойкой фиксацией duodeni связкой Трейтца в ротированом против часовой стрелки направлении;

– в фиксации всех этих механизмов спаечным процессом после приступов острого панкреатита.

Мы не разбираем в этом разделе случаи непроходимости 12-перстной кишки на основе аномалии развития – незаконченного поворота кишечника, перевернутой и подвижной кишкой и др. – они проявляются в детском возрасте. Нас интересует больные, у которых непроходимость обусловлена причинами, находящимися в области Трейтцевой связки и верхнебрыжеечных сосудов.

Факторов, приводящих к непроходимости, мы перечислили достаточно. У разных больных они определяют ситуацию по разному: у одних достаточно одного, у других наблюдается их сочетание. У одних пациентов их действие проявляется постепенно, процесс носит хронический характер, клинические проявления нарастают со временем. У других в качестве «катализаторов» действуют сопутствующие заболевания – большие вентральные грыжи, воспалительные заболевания органов брюшной полости с брыжеечным лимфаденитом и др. Заболевание довольно редкое. Из всех больных с болями в животе, прошедших рентгенологическое обследование, «сосудистая» непроходимость двенадцатиперстной кишки

выявлена у 0,3%. Почему-то чаще болеют женщины в возрасте 30-40 лет, хотя среди наших больных есть пациенты и моложе – 20-25 лет.

У заболевания достаточно определенная клиническая картина, составленная из триады симптомов:

– боли в верхней половине живота: они носят постоянный характер, усиливаются после приема пищи; они могут симулировать клинику острого и хронического холецистита, панкреатита, язвенной болезни – заболеваний, лучше известных практическим врачам, уводить в сторону от правильного диагноза;

– рвота – важнейший симптом: в начале она непостоянна, скудна; затем – частая, обильная, с преобладанием в рвотных массах темной желчи с неприятным запахом (на это важно обратить внимание); рвота приносит значительное облегчение, в связи с чем многие больные при сильных болях вызывают её искусственно;

– частая рвота, болевой синдром приводят к резкому снижению количества потребляемой пищи, следствием чего является похудание, значительная потеря в весе – третий важный симптом заболевания; исход – тяжелая алиментарная дистрофия.

У заболевания есть и свои специфические осложнения. Скопившаяся в кишке желчь вместе с активировавшимися ферментами панкреатического сока представляет собой крайне агрессивную субстанцию. Попадая в желудок и пищевод при рвоте она поражает слизистую этих органов – воспаление, образование острых эрозий и язв. Периодическая, восстановившаяся эвакуация в тощую кишку вызывает такие же изменения, проявляющиеся в виде энтеритов. Чем дольше длится заболевание, чем выраженнее эти осложнения, в разгар заболевания они могут трансформироваться в самостоятельную проблему со своими опасными для жизни осложнениями: кровотечениями, перфорациями и др.

Тщательный анализ клинических проявлений должен быть дополнен результатами инструментальных исследований, минимально – рентгеноскопией и гастродуоденоскопией. На обзорной рентгенограмме после дачи контраста обнаруживается расширение желудка и самое главное – двенадцатиперстной кишки, с «провисанием» нижнее-горизонтальной частью книзу в виде курительной трубки карпатского горца с резким обрывом тени в виде вертикальной линии слева от позвоночника (рис. 60-62). Складки слизистой утолщены, хорошо очерчены.

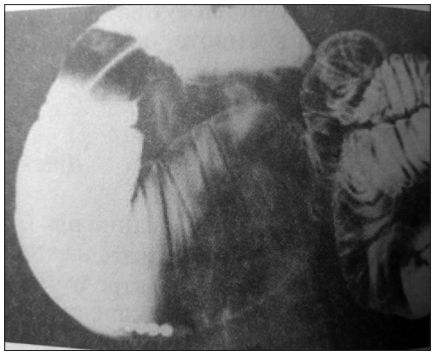


Рис. 60. **Артерио-мезентериальная непроходимость 12-перстной кишки.**

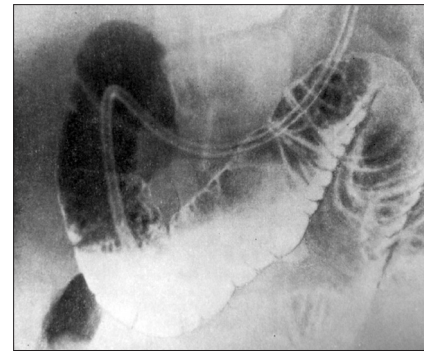


Рис. 61. **Рубцово-спаечный процесс в области дуоденоеюнального перехода (рентгенография).**



Рис. 62. **Артерио-мезентериальная непроходимость 12-перстной кишки.**

У некоторых больных можно обнаружить попадание контраста небольшими порциями в тощую кишку. То же можно увидеть после надавливания рукой на переднюю брюшную стенку в правом подреберье. Характерны антиперистальтические движения кишки (и контраста тоже), так называемый симптом «корчащейся 12-перстной кишки».

Всё это свидетельствует о механической природе препятствия. Можно попытаться провести дифференцировку между сосудистой и другой причиной. Если больного поставить в коленно-локтевое положение на наклоненном в направлении головы столе аппарата, сосудистый «угол» может увеличиться и контраст проникнет в тощую кишку. Если причина – врожденная аномалия или воспалительный процесс – это не удастся.

При гастродуоденоскопии обнаруживаются признаки воспаления в нижней трети пищевода, в желудке и 12-перстной кишке: ригидность стенок, отечность и легкая ранимость слизистых, утолще-

ние их складок, множественные точечные кровоизлияния, эрозии и даже острые язвы, постоянный заброс желчи в желудок и пищевод.

В отдельных клиниках применяют измерение давления внутри кишки и возможность прохождения воздуха в тощую кишку при различных его величинах; дуоденографию на фоне искусственной гипотонии кишки, дуоденокинезиграфию и др.

При выраженной клинической картине заболевания, частых мучительных приступах боли и рвоты и др. показано оперативное лечение. Очень часто на операции настаивают доведенные до крайности пациенты, долго их уговаривать не приходится. Важно, чтобы эта операция была своевременной, чтобы патологические процессы в пищеводе, желудке, 12-перстной и тонкой кишке получили обратное развитие.

Операция начинается с тщательной ревизии дуодено-еюнального перехода. Необходимо тщательно оценить ситуацию и определить – что является причиной непроходимости – верхне-брыжеечные сосуды, связка Трейтца, воспалительные изменения, лимфаденит и т. д. Возможно после операции понадобится специальное лечение, а во время операции – возможна коррекция.

Во всех случаях мы начинаем операцию с рассечения связки Трейтца по Стронгу-Витебскому. Подняв кверху поперечно-ободочную кишку, постоянно имея в виду верхне-брыжеечные сосуды, связку пересекаем. Тщательный гемостаз. Низводим начальный отдел тощей кишки и конечный 12-перстной распрямляя угол между ними. Ушиваем рассеченную брюшину и с помощью 2-3 швов фиксируем низведенную кишку к париетальной брюшине. В некоторых случаях этого всего бывает достаточно (диаметр 12-перстной кишки расширен умеренно, сократительная способность не нарушена; вода, введенная через зонд, свободно проникают в тощую кишку). В далеко зашедших случаях (при атонии duodeni, атрофии её стенки), при невозможности пересечь связку Трейтца необходимо сформировать дуоденоеюноанастомоз. Используют три варианта:

– анастомоз по типу «бок в бок» с первой петлей тощей кишки;

– дуоденоеюноанастомоз с тощей кишкой на длинной 1-й петле с Брауновским устьем;

– дуоденоеюноанастомоз по Ру.

Всё определяют местные условия, хирург должен уметь использовать все варианты и выбрать оптимальный.

О некоторых особенностях формирования анастомоза. Мы его накладываем справа от позвоночника между наиболее неизменен-

ной частью 12-перстной кишки и первой петлей тощей. Как правило, бывает сложно определить саму кишку – в условиях воспаления ткани отечны. Для её идентификации, а заодно и опорожнения мы проводим в неё до связки Трейтца толстый желудочный зонд – он легко пальпируется и служит прекрасным ориентиром. Формируя первый ряд швов задней губы анастомоза мы захватываем в них серозный слой брыжейки поперечно-ободочной кишки не рассекая её, а используя для укрепления линии швов (рис. 63).

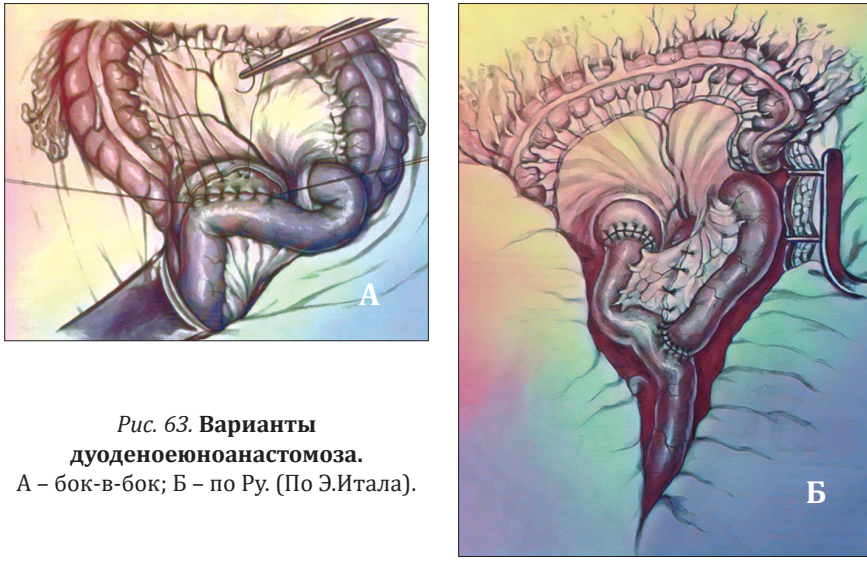


Рис. 63. **Варианты дуоденоеюноанастомоза.**
А – бок-в-бок; Б – по Ру. (По Э.Итала).

Если его предварительно рассечь для обнажения двенадцатиперстной кишки, он может соскользнуть далеко вниз и создать дополнительные технические трудности. После этого одним разрезом (вместе с брюшиной брыжейки) вскрываем в продольном направлении на протяжении 4-6 см duodenum и с помощью электроотсоса удаляем её содержимое. Также вдоль рассекаем стенку тощей кишки и накладываем второй ряд швов на заднюю губу. По общим правилам формируем и переднюю губу соустья. Швы одиночные, узловые. С помощью анестезиолога проводим за анастомоз в тощую кишку тонкий зонд для проведения раннего энтерального питания. В завершение операции к линии анастомоза подводим двухпросветный дренаж. Как правило, это простая операция даёт хорошие отдаленные результаты, если ею не ограничиваться, а в ближайшем после-

операционном периоде совместно с гастроэнтерологом проводить интенсивную противовоспалительную терапию эзофагита, гастрита и энтерита, вызванных действием агрессивного дуоденального содержимого. Если этим пренебречь, процесс может стать хроническим, трудно поддающимся коррекции, сводящие на «нет» все результаты операции, больные одну проблему заменяют другой.

Приводим 2 клинических примера. **Больная Н., 24 лет**, студентка. Обратилась за консультацией по поводу периодически возникающих, практически постоянных болей в животе, без четкой локализации, усиливающиеся после приема любой пищи. Оперирована два года назад в одной из больниц в плановом порядке по поводу хронической дуоденальной непроходимости. Сформирован дуоденo-еюноанастомоз по Ру. Особого улучшение операция не принесла, рвота с желчью сменились выраженным болевым синдромом, неустойчивым стулом, резким падением веса (до 15 кг). Обследована. При рентгеноскопии: пищевод, желудок, 12-перстная кишка свободно проходимы для контраста, который быстро проходит через анастомоз в тощую кишку. Висцероптоз. Большая часть тонкой кишки находится в виде конгломерата петель в нижней половине живота, практически в полости малого таза. Контраст постепенно проходит через многочисленные «двустволки», видны перистальтические и

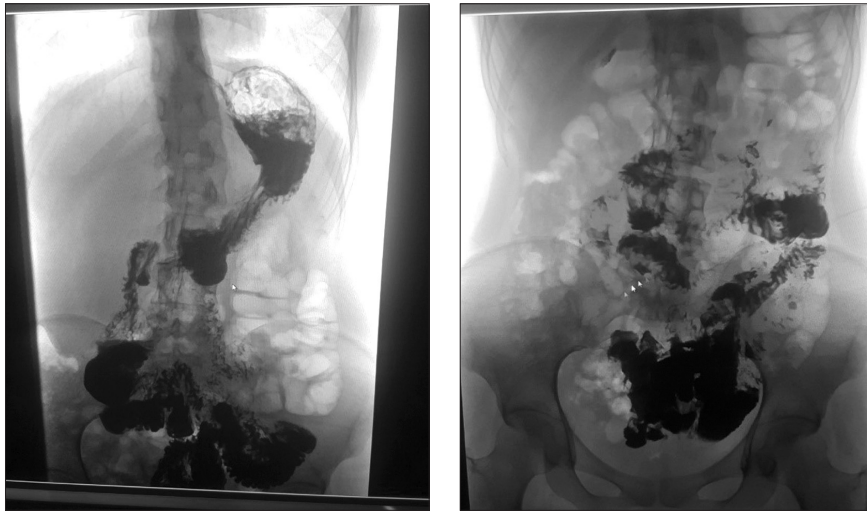


Рис. 64. **Больная Н.: спаечная болезнь с болевым синдромом. Висцероптоз. Энтерит.**

антиперистальтические волны. Сокращение кишки сопровождается усилением болей. Через 4 часа он поступил в слепую кишку и далее в ободочную. Таким образом, на фоне висцероптоза и хронического энтерита развилась спаечная болезнь с болевым синдромом, трудно поддающимся коррекции. Направлена на лечение к гастроэнтерологу. Рентгенограмма представлена на рис. 64.

Больной Д., 24 лет, инженер. Обратился за консультацией вместе с вышеописанной пациенткой, как член интернет-сообщества больных с дуоденостазом. За 3 года оперирован трижды. Первая операция – дуодено-еюностомия по Ру. По непонятным причинам анастомоз был сформирован не с нижне-горизонтальной, а с верхне-горизонтальной частью duodeni. Естественно, при таком дренировании рассчитывать на восстановление пассажа в тощую кишку было сложно, двенадцатиперстная кишка «опорожнялась» при её полном заполнении, как переполненный сосуд. Оперирован повторно. Хирург уже другого лечебного учреждения нашел остроумный выход – разобравшись с топографией органов он сформировал второй анастомоз, ниже первого, между нижне-горизонтальной частью 12-перстной кишки и проходящей рядом петлей тощей кишки, использованной на первой операции. И это вмешательство облегчения не принесло – боли, рвота желчью продолжались. Развились эзофагит и эрозивно-язвенный гастрит, был эпизод кровотечения. На третей операции была принято и реализовано решение – резекция 2/3 желудка с гастро-энтероанастомозом по Ру. Таким образом у одного больного сформировано 5 анастомозов:

дуодено-еюно с верхне-горизонтальной частью 12-перстной кишки;

дуодено-еюно с нижне-горизонтальной частью 12-перстной кишки;

два энтеро-энтероанастомоза по Ру;

резекция желудка, гастро-энтероанастомоз по Ру.

В итоге у пациента две основных жалобы – постоянные, усиливающиеся после приема пищи боли по всему животу; резкое похудание в связи с отсутствием аппетита и страхом перед болями.

Проведено рентгенологическое исследование (рис. 65).

Как видно из приведенных рентгенограмм, контраст стремительно, без задержек устремляется в тонкую кишку, видимо на длинной брыжейке, петли которой «сконцентрировались» в нижних отделах брюшной полости в виде спаечного конгломерата. Через 6 часов контраст поступает в толстую кишку. Продвижение

контраста по тонкой кишке сопровождается болевым синдромом. Ситуация аналогична описанному выше случаю.



Рис. 65. **Рентгенограммы больного Д.: ускоренный «провал» контраста из культи желудка в конгломерат петель тонкой кишки.**

Вывод простой: пациент трижды оперирован в разных лечебных учреждениях разным хирургами, пытающимся каждый на свой лад исправить ситуацию, восстановить любым путем пассаж по кишке. Результат вряд ли можно считать удовлетворительным. Очевидно, что проблема состоит не только в восстановлении механических путей пассажа, но и в сопутствующих изменениях – воспалении в пищеводе, желудке, тонкой кишке, спланхноптозе и др. Оценка должна быть комплексной, лечение – тоже. Будем считать это резюме к разделу.

2.7. Дивертикулы желудка и 12-перстной кишки

Прежде всего – общие сведения о дивертикулах. Термин связан с латинским diverticulum – дорога в сторону. С точки зрения хирурга – это врожденное или приобретенное выпячивание стенки полого органа, сообщающееся с его полостью. Они встречаются в желудке, 12-перстной кишке, кишечнике, мочевом и желчном пузыре и т. д.

Не углубляясь в теоретические изыскания, можем констатировать, что возникновение дивертикула связано, в большинстве случаев, со слабостью стенки полого органа возникающий не только в связи с врожденной неполноценностью мышечного слоя, но и слабостью стенки приобретенного характера – снижения мышечного тонуса, механической прочности соединительнотканного каркаса (старение, воспаление, повреждения и т. д.).

Дивертикулы могут быть одиночными и множественными, иметь разнообразную форму – шаровидную, овальную, грушевидную, мешотчатую и т. д. – пределов для творческой фантазии нет. Различаются они и по размерам – от миллиметров до сантиметров. Сообщение с органом-носителем может быть также различным и по форме, и по размерам. Если у дивертикула при гистологическом исследовании обнаруживают все слои стенки – он истинный, если это выпячивание сквозь дефект в мышечном слое слизистой – он ложный. В процессе существования под воздействием различных факторов (прежде всего – воспаления) строение стенки дивертикула изменяется: мышечный слой атрофируется, появляется разрастание рубцовой ткани – тогда разницы между истинным и ложным дивертикулом нет.

Дивертикулы желудка. Встречаются не так часто. Они могут существовать бессимптомно всю жизнь «носителя», ничем себя не проявляя, могут быть случайной находкой при рентгенологическом обследовании (в 0,5% всех рентгеноскопий желудка), несколько чаще – при гастроскопии (до 3%). Дивертикулы обнаруживают во время операции на органах брюшной полости (0,9%), на секции – в 1%. Последняя цифра, по-видимому, наиболее объективно отражает их частоту. Наиболее часто дивертикулы располагаются высоко по задней стенке возле кардии, ближе к большой кривизне, но могут быть и в других местах. Их клиническая значимость определяется локализацией, размерами, диаметром входного-выходного отверстия – то есть способностью заполняться и опорожняться от содержимого. Всякие задержки приводят к местному воспалению, способному привести к образованию изъязвлений с кровотечениями и перфорацией, при длительном процессе – к малигнизации. Воспаление влияет не только на стенку дивертикула, но и на соседние органы, образуя инфильтраты, спайки, рубцовые деформации и т. д.

При осложненном течении (воспаление различной степени выраженности) ведущие симптомы – боли, повышение температуры тела, диспептические расстройства. При кровотечениях – рвота с кровью,

мелена; при перфорациях – перитонит, местный или разлитой. Во всех этих случаях, как правило, предварительный диагноз связывают с язвенной болезнью, уточняется он при специальных обследованиях. Во время рентгенологического исследования ещё до дачи контраста можно заметить (в положении стоя) дополнительный горизонтальный уровень жидкости с газом над ним. После введения контраста определяются различной формы и размеров выпячивания. Важно проводить просвечивание под разным углом, выводить «дивертикул» на контур. Необходимо обращать внимание на скорость опорожнения дивертикула (или его отсутствие) – рис. 66.

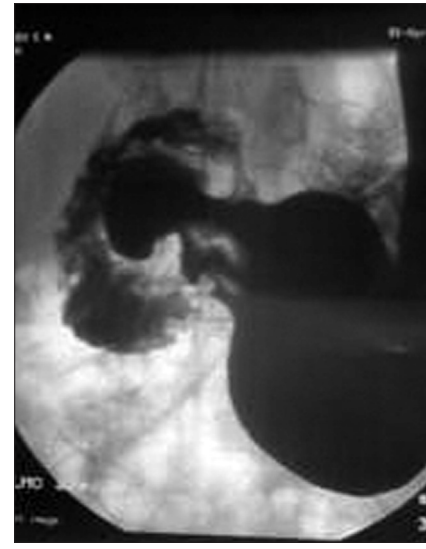


Рис. 66. **Дивертикулы желудка.** (Источник:https://radiomed.ru/comment/136505)

Достаточно трудно отдифференцировать небольшие дивертикулы выходного отдела желудка от хронической каллезной язвы. Опытный рентгенолог заметит разницу – в язвенной нише нет складок слизистой, а в дивертикуле они есть. Точки над «i» ставит гастроскопия (рис. 67).

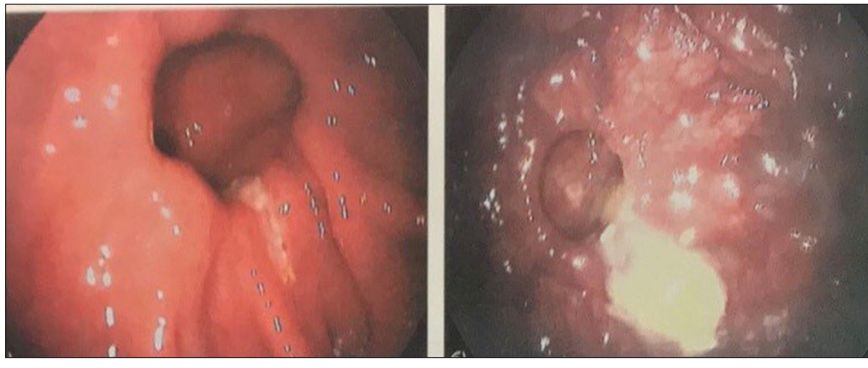


Рис. 67. **Дивертикулы желудка. (По Кимаковичу В.И. и соавт.).**

Как правило, при бессимптомных дивертикулах, а также в стадии поверхностного воспаления проводят консервативную терапию под наблюдением гастроэнтеролога. Показания к хирургическому лечению: длительно существующие, некупируемые боли; большие размеры дивертикула; кровотечение, перфорация, малигнизация. Наиболее распространенная операция – резекция дивертикула с ушиванием образовавшегося дефекта в стенке желудка с помощью одиночных двухрядных швов. Трудности могут возникнуть при больших размерах дивертикула и выраженном рубцово-спаечном процессе вокруг него. Основные этапы операций представлены на рис. 68.

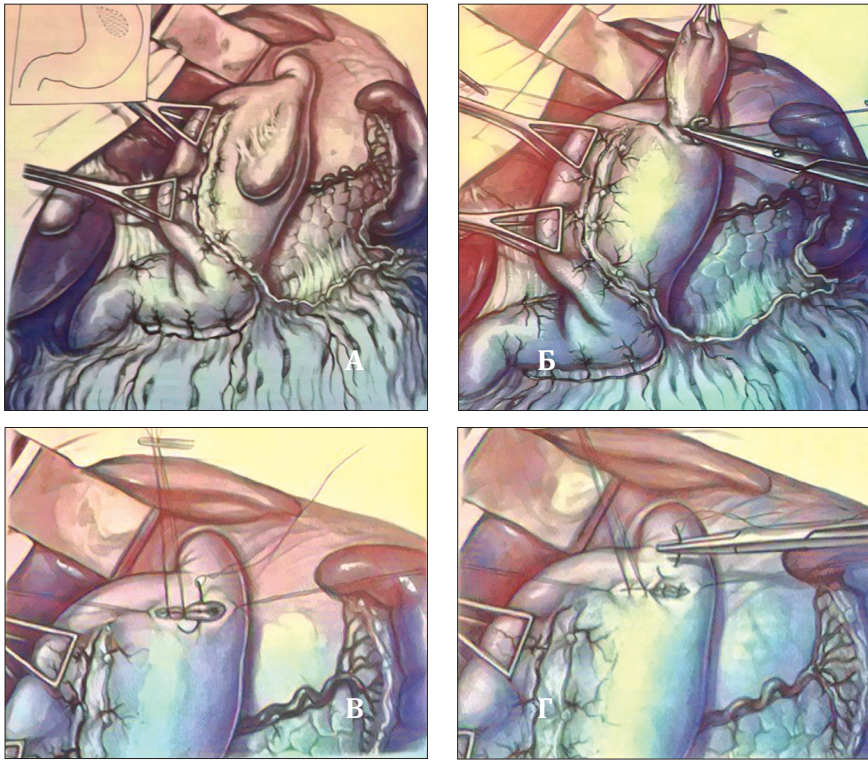


Рис. 68. **Резекция дивертикула желудка.(По Э.Итала).**

При сочетании дивертикула с хронической каллезной язвой желудка, его опухолью, при малигнизации выполняют операции, соответствующие ведущему заболеванию – от резекции желудка до га-

стрэктомии. При затруднениях в поисках дивертикула необходимо эндоскопическая ассистенция – она значительно ускоряет процесс и снижает травматичность операции.

Дивертикулы 12-перстной кишки. Хирургическое лечение дивертикула 12-перстной кишки – один из важнейших разделов абдоминальной хирургии, требующий хороших знаний, высоких диагностических возможностей, владения техникой выполнения вмешательств. Главное – осознание ситуации, ориентирование в ней, принятие адекватных решений. Что же делает проблему такой сложной? Прежде всего – анатомия 12-перстной кишки, соседство таких органов, как поджелудочная железа, внепеченочные желчные протоки, Вирсунгов проток, Фатеров сосок и т. Д. Их взаимоотношения – анатомические и функциональные выводят вмешательство из разряда простого удаления дивертикула на значительно более высокий и сложный уровень. Хирурги, особенно молодые, должны всё это осознавать и всегда трезво соизмерять стоящие перед ними задачи и свои реальные возможности. В этом плане прекрасным подспорьем служит классификация, детально характеризующая дуоденальные дивертикулы и подразделяющая их на группы с однотипным хирургическим лечением. Как и многие другие хирурги, мы подразделяет их на три основные группы.

1. **Внепросветные дивертикулы**. Это классические выпячивания стенки 12-перстной кишки, имеющие устье, тело, дно, выходящие за просвет кишки через слабые места её мышечного слоя, состоящее из слизистого и подслизистого слоя, в некоторых случаях – и брюшины.

2. **Внепросветно-протоковые дивертикулы**. Очень похожи на первые, с той лишь разницей, что в них открывается (впадает) общий желчный и панкреатический проток. Это разница диктует совершенно иную хирургическую тактику при их устранении, так как они имеют сообщение и с просветом кишки, и с протоками.

3. **Внутрипросветные дивертикулы**. Они полностью, в виде «нашивных карманов», «ласточкиных гнезд» образуются и находится внутри просвета кишки, все врожденные, их стенки со всех сторон покрыты слизистой оболочкой, устраняются такие по специальным методикам.

У всех описанных видов дивертикулов свои особенности, свои осложнения, хирурги к их лечению должны подходить дифференцированно.

Наиболее распространены внепросветные дивертикулы. До 75% из них расположены в вертикальной (нисходящей) части кишки, 20% – в нижней горизонтальной и около 5% – в восходящей, подни-

мающейся к связке Трейтца части. Размеры и форма их различны – от миллиметров до сантиметров. Направление роста также самое разнообразное. Наибольшие трудности для хирургов представляют дивертикулы, расположенные в непосредственной близости от Фатерова соска (парапапиллярные), а также дивертикулы имеющие контакт с головкой поджелудочной железы, располагаясь позади, впереди неё, что хуже всего – пенетрирующие в ткань органа. Внепротоковые дивертикулы не имеют мышечной оболочки, что тоже создает дополнительные проблемы: они легко заполняются пищевыми массами и очень трудно от них освобождаются, особенно при узкой шейке. А это приводит к сдавлениям протоков, к развитию пролежней, воспалению, изъязвлениям, к кровотечениям, перфорации, малигнизации. Чем уже шейка и больше размеры дивертикула – тем чаще осложнения.

Дивертикулы могут вести себя по-разному. Одни ничем себя не проявляют и являются случайной находкой при обследовании. Другие, в силу описанных выше причин, приводят к осложнениям и выявляются уже при целенаправленном обследовании в поисках их причины. Обследование проводят как в плановом порядке, при хроническом течении, так и в экстренном – при развитии ситуаций, опасных для жизни (перфорации, кровотечения). Основные методы исследования – рентгенологический, эндоскопический, УЗИ, эндосонография, КТ. Часто окончательный диагноз может быть поставлен только при тщательной интраоперационной ревизии.

При неосложненных дивертикулах рентгенологи обнаруживают парадуоденальные тени, связанные с основным просветом кишки перешейком. Контуры у этих образований четкие, ровные. Внутри видны складки слизистой. При больших размерах дивертикула его тень имеет три слоя – контраст, жидкость и газ над ними. Просвечивать пациента необходимо в разных проекциях для выведения дивертикула «на контур». Намного сложнее выявить дивертикул рентгенологически при его осложнениях – его просвет может быть заполнен пищевыми массами, сгустками крови, вход закрыт отечными тканями. При перфорациях можно обнаружить газ в ретроперитонеальном пространстве. Рентгенограмма больного с дивертикулом 12-перстной кишки представлена на рис. 69.

Многое проясняет гастродуоденоскопия. Как правило, удается обнаружить вход в дивертикул и даже осмотреть его полость. Ещё более информативна эндосонография, с её помощью удается определить локализацию дивертикула, его размеры, содержимое (рис. 70-71).

В отдельных случаях диагностики дивертикула 12-перстной кишки помогает КТ.



Рис. 69. **Дивертикул двенадцатиперстной кишки. (По Буркову С.Г. и соавт.)**



Рис. 70. **Дивертикул двенадцатиперстной кишки. (По Кимаковичу В.И.)**

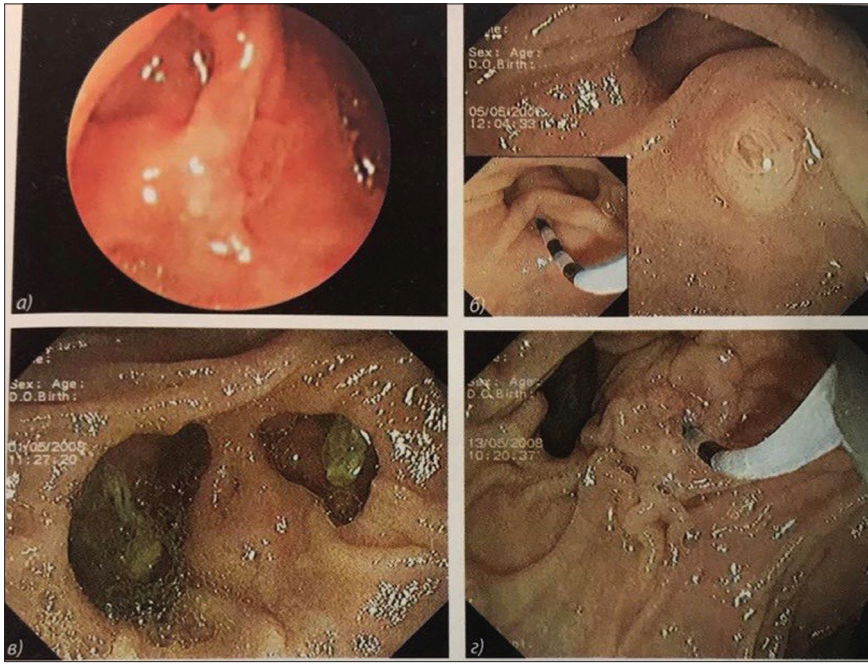


Рис. 71. **Дивертикул нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки. (По Кимаковичу В.И.)**

Клинические проявления дивертикулов двенадцатиперстной кишки крайне сложны в своих проявлениях, а главное – в оценке. При острых осложнениях (дивертикулит, перфорация, кровотечение) хирурги думают о них в последнюю очередь. Прежде всего речь идет о деструктивных холециститах, холангитах, панкреатитах, язвенных кровотечениях и т. д. Даже при обнаружении у этих больных дивертикулов необходимо «доказать их вину» и отвергнуть перечисленные выше диагнозы. В этом и заключается сложность диагностического процесса и определения показаний к операции. Надежда на опыт хирурга.

Лечение дивертикулов 12-перстной кишки определяется строго индивидуально, с учетом всех факторов, общепринятых стандартов нет.

Бессимптомные дивертикулы, дивертикулы с хронически протекающим воспалением, не причиняющих (не доставляющих) непосредственной угрозы жизни большинство авторов рекомендует лечить консервативно, но под постоянным контролем ситуации. Рекомендуют щадящую диету, пищевой покой, употребление теплой минеральной воды для «вымывания» содержимого в дренирующим полость положении. В отдельных случаях – симптоматическое лечение – спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, при гиперсекреции – ингибиторы протонной помпы, обволакивающие препараты. При безуспешности консервативной терапии, прогрессировании морфологических осложнений – вовлечении в процесс протоков, головки поджелудочной железы можно рекомендовать плановое оперативное лечение. Особые показания возникают при перфорации и кровотечениях.

Сама операция по удалению внепросветного дивертикула может сложиться по-разному. Одно дело, если он расположен на передней стенке различных отделов duodeni, доступен визуализации, требуется минимальная его мобилизация – отсекли и ушили двухрядным швом дефект в стенке. Иная ситуация складывается при хроническом длительно протекающем дивертикулите, рубцово-спаечном перипроцессе, при «скрытых» от глаза локализациях, необходимости весьма травматичной препаровки и т. д. Поиск дивертикула бывает трудным и опасным. Мы в таких случаях успешно пользуемся, и рекомендуем другим, интраоперационной гастродуоденоскопией. Приглашенный в операционную эндоскопист находит дивертикул, вводит в него дуоденоскоп и хирург получает два надежных ориентира – пальпируемый эндоскоп и яркий луч света. Кроме того, инсуффляция воздуха в про-

свет дивертикула четко определяет его границы. Далее, как говорится – «дело техники». При необходимости – это мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру и выход на заднюю поверхность головки поджелудочной железы, это и обнажение передней поверхности железы и т. д. Препаровка становится менее травматичной и безопасной. В этих случаях дивертикул удаляют снаружи 12-перстной кишки, без предварительного вскрытия её просвета. Частных вариантов операций по удалению дивертикула столько же, сколько и вариантов их расположения. Один из них представлен на рис. 72.

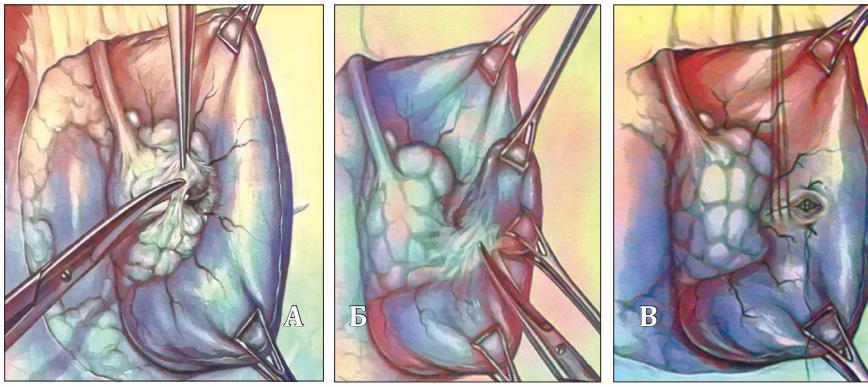


Рис. 72. **Резекция дивертикула 12-перстной кишки (по Э. Итала).**

При некоторых локализациях дивертикула его удобнее удалять через просвет кишки, предварительно вскрыв её стенку в проекции устья дивертикула. Это целесообразно при медиальных его расположениях, тесной связи с головкой поджелудочной железы (внутри паренхимы), высокой травматичности выделения с угрозой развития тяжелого панкреатита. Этапы операции: рассечение передней стенки вертикальной части 12-перстной кишки – обнаружение устья дивертикула – выведение дивертикула в просвет кишки – отсечение дивертикула – ушивание устье дивертикула и дуоденотомной раны. Основные этапы операции представлены на рис. 73. При необходимости в холедох вводят страховочный зонд.

Дуоденальные дивертикулы, в которые открываются общий желчный и панкреатический проток встречаются не так уже редко (рис. 74).

Основнуя информацию о них хирурги стали получать от эндоскопистов, которые занимаются манипуляциями на большом ду-

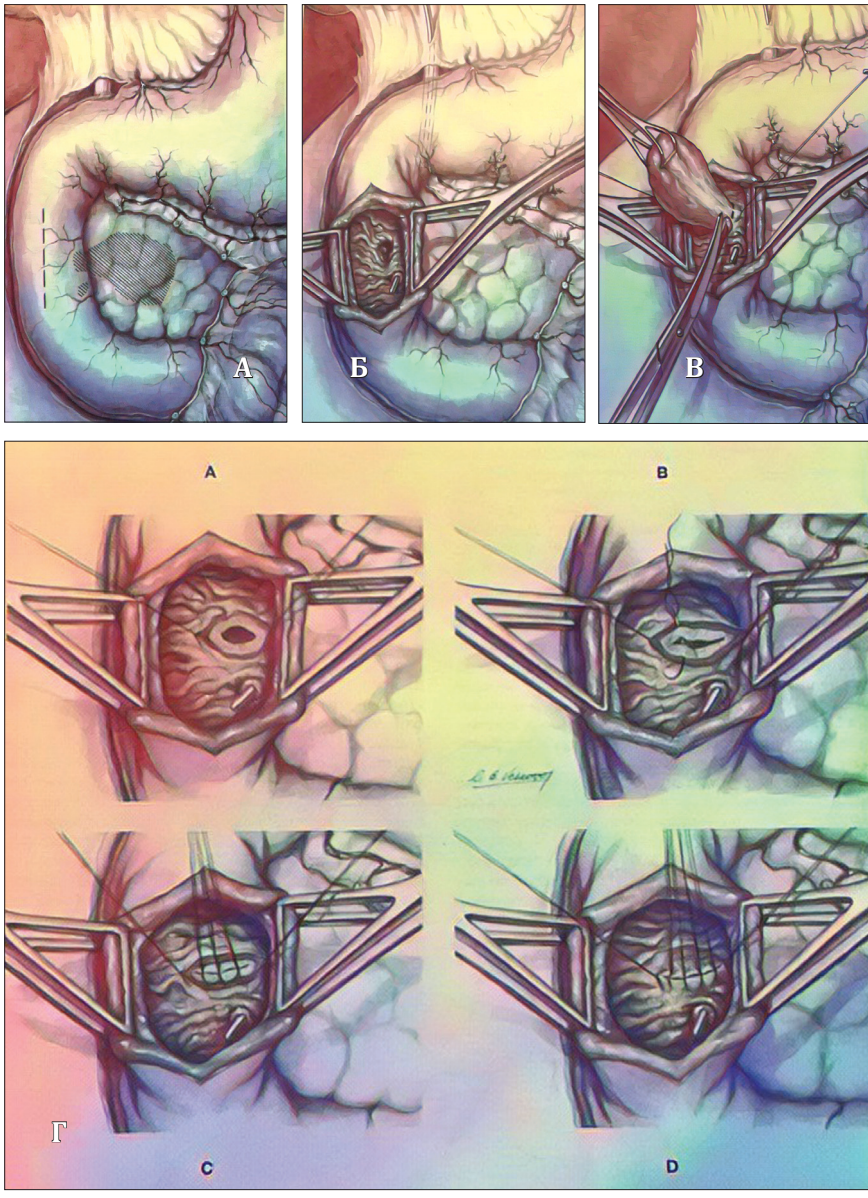


Рис. 73. **Этапы резекции дивертикула 12-перстной кишки. (по Э. Итала)**

оденальном соске, например при холедохолитиазе. Все чаще мы читаем в их заключении: «...РХПГ или папиллосфинктеротомия не удалась из-за расположения БДС в стенке дивертикула duodeni...». До поры до времени этот симбиоз протекает вполне благополучно, но при развитии воспаления в стенке дивертикула развиваются патологические изменения в протоковой системе, печени и поджелудочной железе, связанные с нарушением эвакуации желчи и панкреатического сока – желтуха, холангит, панкреатит и др. Ситуация осложняется при наличии в протоках конкрементов, которые могут зафиксироваться и в дивертикуле. В таких случаях выполняют дуоденотомию, рассекают стенку дивертикула, удаляют конкременты, стенку дивертикула подшивают по окружности к стенке 12-перстной кишки – рис. 75.

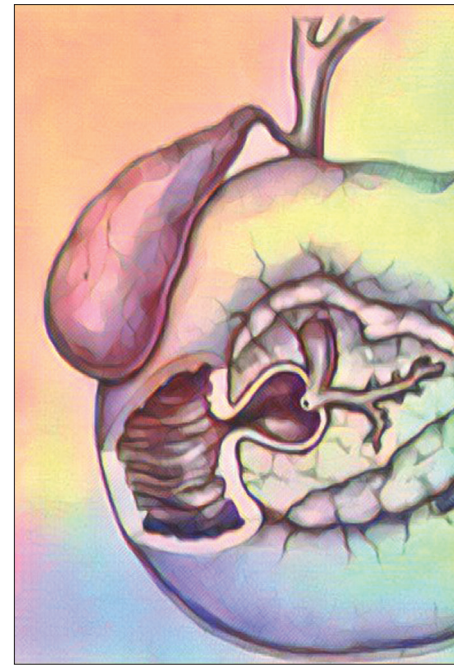


Рис. 74. **Дивертикул и общий желчный проток (по Э. Итала).**

Операцию можно (при необходимости) дополнить холедоходуоденостомией. Реимплантация холедоха – операция сложная и опасная.

Внутрипросветные дивертикулы встречаются крайне редко. Это, без сомнения, врождённое состояние, но во многих случаях они проявляются в зрелом возрасте. По сути дела, это своего рода «карман», «капюшон» на боковой стенке duodeni, стенки которого покрыты слизистой оболочкой. Он может быть расположен на любой стенки кишки и своим дном достигать любой глубины. Пока «карман» пустой, он не дает никакой негативной симптоматики. Если его край начинает провисать и в него попадают пищевые массы – появляется симптоматика: воспаление, механическая непроходимость 12-перстной кишки, сдавление переполненным карманом Фатерова соска с развитием осложнений со стороны поджелудочной железы (панкреатит), внепеченочных желчных протоков (желтуха холангит) и др. (рис. 76).

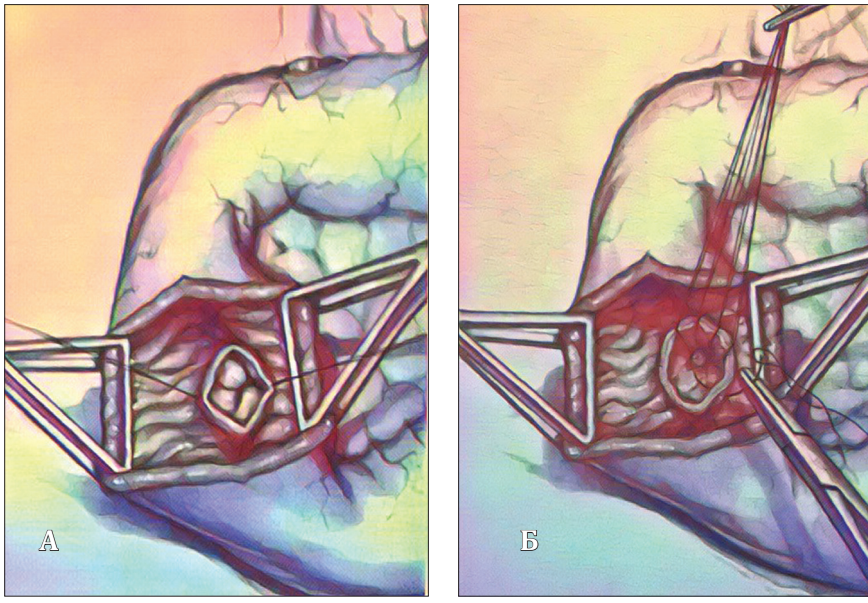


Рис. 75. **Резекция дивертикула (по Э. Итала).**

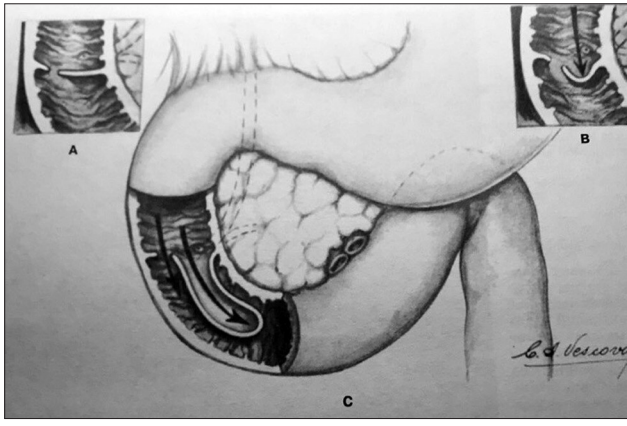


Рис. 76. **Внутрипросветный дивертикул 12-перстной кишки (по Э. Итала).**

Для диагностики используют рентгеноскопию и дуоденоскопию. Картина достаточно ясна (если знать о таких дивертикулах). Гарантированный метод лечения – операция. Считается, что открытая операция эффективнее и безопаснее эндоскопической электрокаутеризации. После дуоденотомии дивертикул извлекают наружу,

резецируют у основания, дефект слизистой зашивают. Во время операции обязательно необходимо контролировать Фатеров сосок. Основные этапы операции представлены на рис. 77.

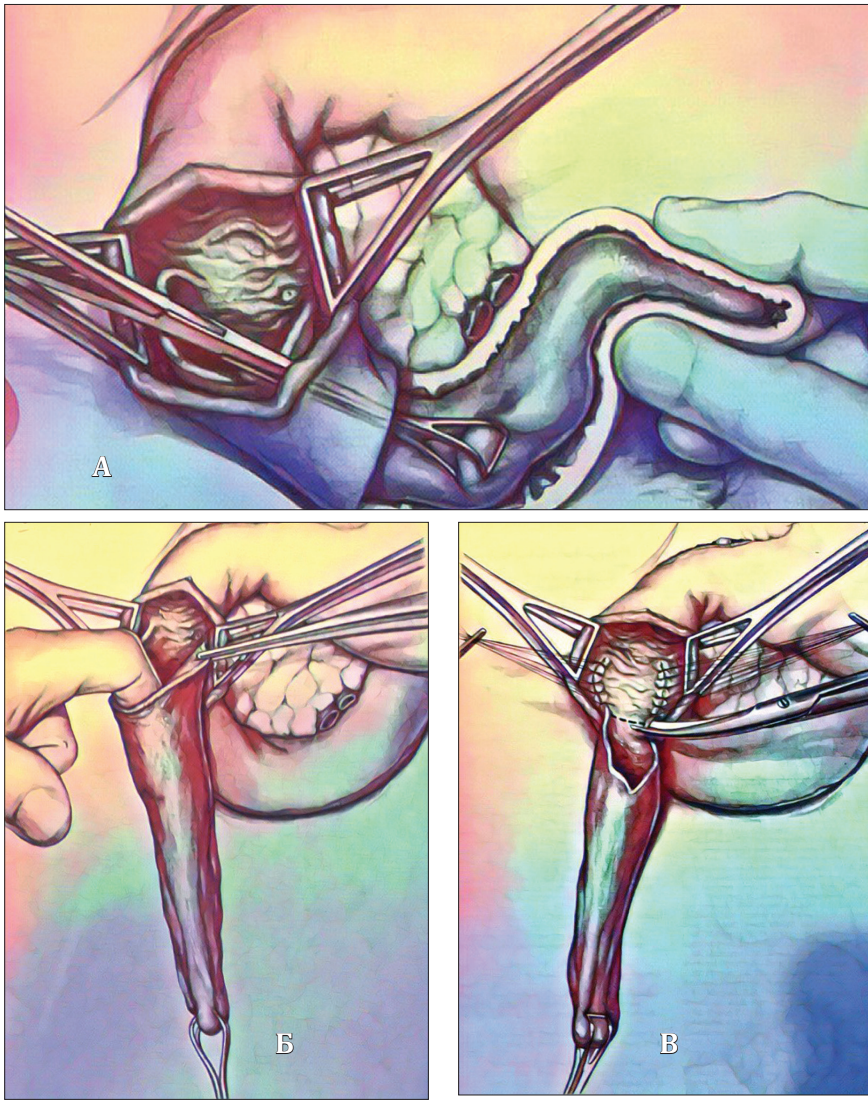


Рис. 77. **Этапы резекции внутрипросветного дивертикула (по Э. Итала).**

Подводя итог разделу необходимо отметить: о дивертикулах 12-перстной кишки, их видах, возможных осложнениях необходимо знать; к их лечению следует подходить дифференцированно, с учетом всех влияющих на ситуацию факторов, разумно сочетая консервативное и хирургическое лечение.

2.8. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

В последние годы, благодаря очередной увлеченности гастроэнтерологов теорией инфекционной (геликобактерной) природы язвенной болезни, плановая хирургия у этой категории больных практически сведена к нулю. Хирургам милостиво оставлены кровотечения, перфорации, стенозы, пенетрации, малигнизации. Правда, значительная часть пациентов поступают в хирургическое отделение всё же самостоятельно, т. е. в плановом порядке, но многие из них (особенно со стенозами) нуждаются в серьезной предоперационной подготовке. У всех перечисленных категорий язвенников патологический процесс создал местные морфологические ситуации, требующие высокого технического мастерства хирурга для их разрешения, операции становятся длительными, травматичными, с высокой угрозой развития осложнений. Особенно это неприятно в экстренных ситуациях – кровотечениях, перфорациях, при резком отеке и ишемии и без того измененных язвенным процессом тканей. Хирургам справляться с этим приходится в одиночестве, гастроэнтерологов, приведших своих пациентов в хирургию, рядом с ними в этот момент не видно. В этом разделе мы рассмотрим некоторые методики оперирования, которые много раз помогали авторам успешно решать интраоперационные задачи.

2.9. Кардиальные и субкардиальные (высокие) язвы желудка

С точки зрения анатомов кардия представляет собой часть проксимального отдела желудка вокруг пищеводно-желудочного соединения протяженностью от 15 до 40 мм. Хирурги к этой зоне относят несколько больший участок – в пределах 6 см от перехода и все язвы в ней расположенные, относят к кардиальным и субкардиальным. Это удобно, эти язвы при резекции желудка требует примерно одинаковых технических решений.

Частота «высоких» язв – до 10% среди всех язва желудка. Как правило, они хронические, каллезные. Большинство из них расположено

на малой кривизне желудка, но не исключение и их локализация на передней или задней стенке. Вокруг язв формируется язвенный инфильтрат, диаметр которого превышает диаметр ниши, они часто пенетрируют в заднюю брюшную стенку, ножки диафрагмы. Такая локализация и такой перипроцесс значительно усложняет действия хирурга, формирующего культю желудка – нужно пройти между измененными тканями и пищеводом, по дуге обойти нишу и инфильтрат, не привезти своими действиями к нарушениям пассажа из пищевода в культю.

Использование сшивающих аппаратов и зажимов при этом не дает желаемых результатов – линии пересечения представляют прямые, а в итоге – ломаную конфигурацию с углами (слабыми местами) между отрезками. Поэтому целесообразно этот этап операции выполнять без использования перечисленных инструментов – вручную, т. е. заняться выкройкой «малой кривизны» культи, проявить талант «закройщика».

Первым такой способ предложил С. С. Юдин. После мобилизации желудка, отсечения его от 12-перстной кишки, мобилизации абдоминальной части пищевода вручную, ножницами отсекают подлежащую удалению часть желудка вместе с язвой. При этом с помощью пальцев, на ощупь определяются границы плотного язвенного инфильтрата. Следующим этапом формируют малую кривизну культи с помощью швов Шмидена, Прибрама или Коннеля до места, оставленного для гастро-энтероанастомоза – рис. 78.

С.С. Юдин применял свой способ более 25 лет с хорошими результатами. Мы тоже его неоднократно использовали, но отметили неудобства (недостатки): иногда достаточно массивные кровотечения из внутристеночных сосудов; открытая культя с неминуемым попаданием в брюшную полость остатков содержимого, а значит – инфицирование. Мы используем способ, лишенный этих недостатков. После мобилизации в желудок вводим толстой назогастральный зонд – он хорошо пальпируется, служит прекрасным ориентиром, страхует хирурга от повреждения пищевода. Под пищеводом, на малой кривизне, выше язвенного инфильтрата находим участок, пригодный для начала формирования культи. Накладываем два шва, прошивая одновременно переднюю и заднюю стенки желудка и завязывая узлы на малой кривизне. Ширина захвата стенки 0,5 см. По намеченной линии рассечения, плавно огибающей язвенный инфильтрат, разрезаем скальпелем обе стенки между швами на протяжении 1,0 см и снова накладываем два шва с завязыванием узлов на линии разреза. Так постепенно, шаг за шагом, бескровно, без «утечки» содержимого, доходим до линии формирования гастро-еюноанастомо-

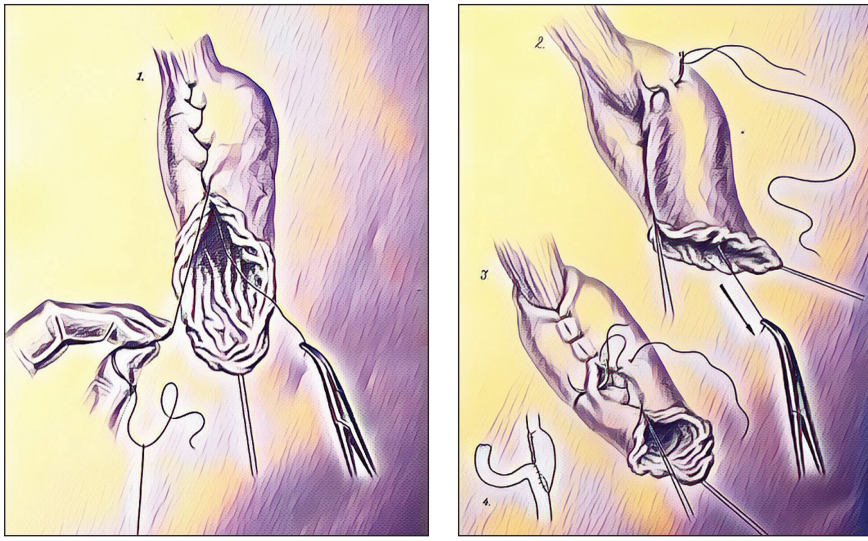


Рис. 78. **Методика формирования культи желудка по С.С. Юдину.**

за. При необходимости выполняем коагуляцию мелких сосудов между швами. Второй ряд серозно-мышечных швов завершает формирование малой кривизны культи желудка (рис. 79).

Многократное использование методики позволило дать ей положительную оценку. Одно «но»... Хирург должен быть уверен в доброкачественности язвы, отсутствии признаков малигнизации. Для этого должны быть проведены исследования до операции (биопсия с гистологией, цитология), а во время экстренного вмешательства – экспресс исследование резецированной части желудка. В случае малейших сомнений – гастрэктомия.

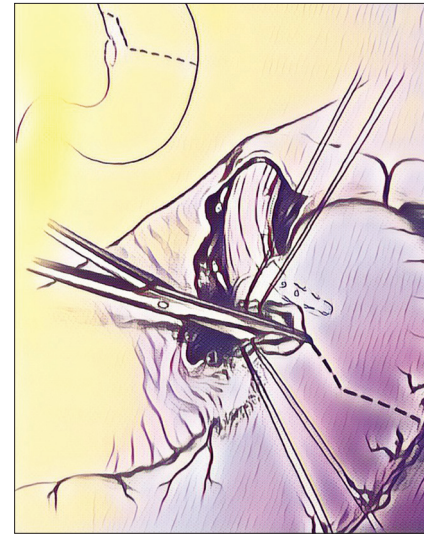


Рис. 79. **Формирование культи желудка при язве кардиального отдела желудка «ручным» способом (по Э. Итала)**

2.10. Пенетрирующая язва желудка

В отличие от других осложнений – кровотечений, перфораций и стенозов, имеющих яркую клиническую манифестацию, пенетрация развивается медленно, исподволь, постоянно прогрессирует, часто скрываясь за периодом полного клинического благополучия. Во многих случаях пенетрацию диагностируют во время операции. Хирурги должны быть к этому готовы.

Основной признак пенетрирующей язвы – это отсутствие в её дне морфологических компонентов органа-носителя (желудка или 12-перстной кишки) полностью или частично, с образованием так называемого периульцерального поля, характер которого определяется морфологической характеристикой «принявшего» язву органа. Взаимодействие агрессивного желудочного содержимого с абсолютно не готовым к нему органом приводит к выраженному перифокальному воспалению, инфильтрации тканей, рубцеванию, деформации, вовличению сосудов и т.д., а также всему тому, что во время операции доставляет хирургу массу чисто технических проблем. Наиболее часто язвы желудка пенетрируют в поджелудочную железу и нижнюю поверхность левой доли печени.

При резекции желудка, в таких ситуациях необходимо грамотно, осторожно отойти от органа-мишени пенетрации. Если это поджелудочная железа, важно помнить, что на ложе язвы нельзя воздействовать никакими агрессивными способами – ни инструментами, ни электрокоагулятором. Отходить необходимо за счёт желудка, эта часть всё равно входит в резецируемый отдел, беречь её не имеет смысла. Как правило, пользуются нижеописанной техникой.

Прежде всего необходимо оценить зону пенетрации, степень выраженности фиброзного воспалительного процесса, вовлечения в него крупных сосудов – в частности левой желудочной артерии. Для этого необходимо рассечь желудочно-ободочную связку на всём её протяжении и осторожно приподнять большую кривизну желудка кверху: становится хорошо видной задняя стенка желудка и передняя поверхность поджелудочной железы. Зона пенетрации хорошо видна, она представлена плотными фиброзными тяжами, крепко фиксирующими два органа. Анестезиолог с помощью зонда опорожняет желудок. Зону разделения тщательно ограждают марлевыми тампонами. Включают электроотсос для аспирации возможных остатков желудочного содержимого и крови. Осторожно, с помощью скальпеля или электроножа, начинает отделение со стороны

нижнего сектора пенетрационного круга. При необходимости через отверстие в передней стенке желудка в его просвет можно ввести палец и с его помощью «ориентировать» рассечение. Первым обнажается нижний край пенетрационной площадки, далее по кругу рассекается всё кольцо. Движения хирурга в этот момент должны быть крайне выверены – в фиброзных тканях в верхней части инфильтрата могут проходить основные стволы левых желудочных сосудов, их нельзя надорвать. Этот участок тщательно пальпируют, «обходят» пальцем по кругу и у основания тяжа завязывают лигатуру из толстого шелка – она предотвратит кровотечение при возможном повреждении левой желудочной артерии при её препаровке. После этого разделение завершают и продолжают мобилизацию желудка до намеченных границ. Язвенный дефект на желудке зашивают. Основные этапы операции представлены на рис. 80-82.

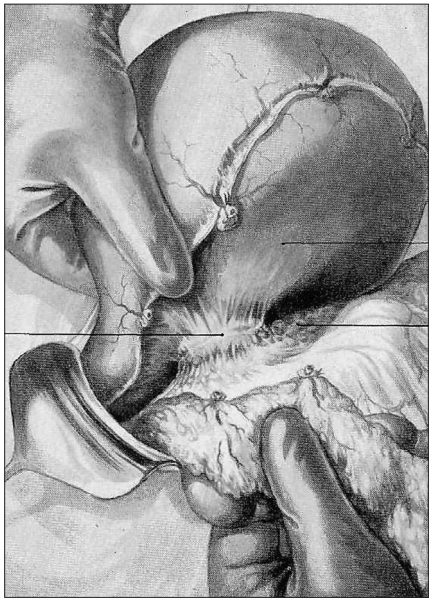


Рис. 80. **Обнажение участка задней стенки желудка, сращенной с поджелудочной железой в области расположения пенетрирующей язвы желудка (по А.А. Русанову)**

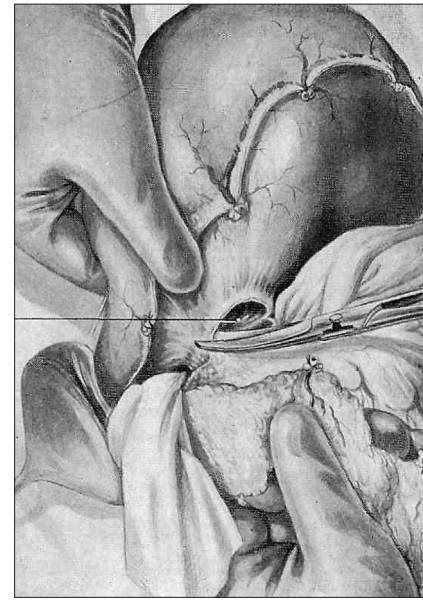


Рис. 81. **Отсечение задней стенки желудка по окружности пенетрирующей язвы от поджелудочной железы (по А.А. Русанову)**

Мы представляем наш клинический случай у пациента с язвенной болезнью тела желудка, с пенетрацией язвы в поджелудочную железу представлены на рис. 83-87:

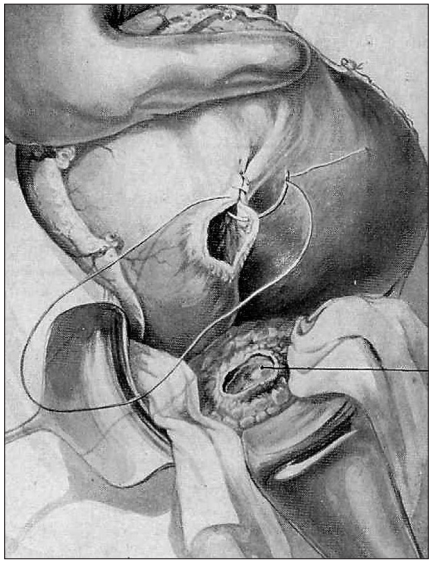


Рис. 82. **Ушивание отверстия (дефекта) задней стенки желудка (по А.А. Русанову).**

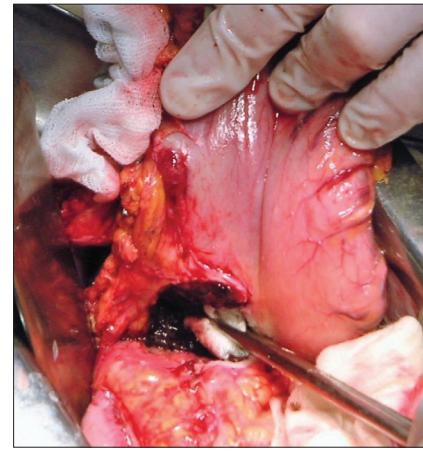


Рис. 83. **Отделение задней стенки желудка по окружности пенетрирующей язвы от поджелудочной железы**

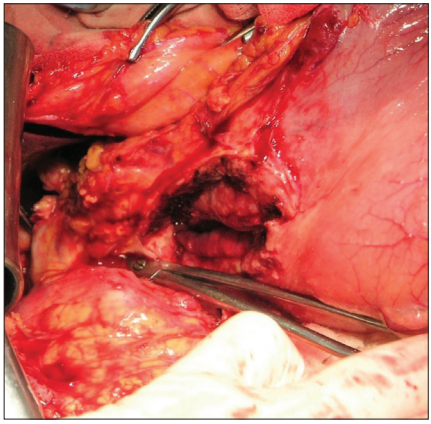


Рис. 85. **Обработка левой желудочной артерии.**

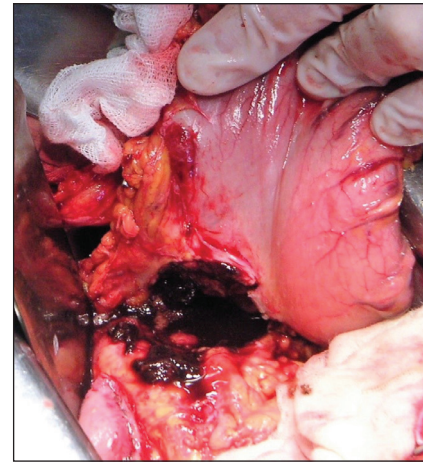


Рис. 84. **Левая желудочная артерия в инфильтрате**

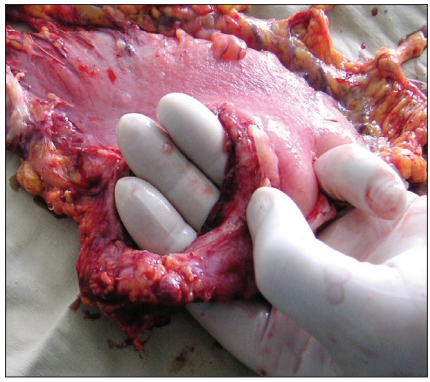


Рис. 86. **Макропрепарат, участок стенки желудка с дефектом (вид со стороны серозной оболочки)**

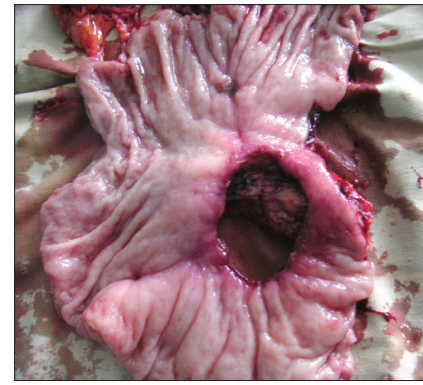


Рис. 87. **Макропрепарат, участок слизистой желудка с дефектом, выраженная конвергенция складок (вид со стороны слизистой)**

У некоторых больных язвы, расположенные на передней стенке желудка, могут пенетрировать в нижнюю поверхность левой доли печени. Вокруг зоны пенетрации может сформироваться воспалительный инфильтрат, в образовании и которого могут принять участие и другие обладающие подвижностью органы – большой сальник, поперечно-ободочная кишка, желчный пузырь. Лучшие помощники в таком случае – терпение и аккуратность. Введённый в желудок толстый зонд служит прекрасным ориентиром при препаровке, в особо трудных случаях показана эндоскопическая ассистенция. Как и в предыдущем случае стараются не повредить печень, при необходимости жертвуют стенкой желудка. После разделения оценивают состояние всех «участников» пенетрации. При значительных изменениях поперечно-ободочной кишки, желчного пузыря возможна краевая резекция кишки и холецистэктомия.

2.11. Пенетрирующие язвы 12-перстной кишки

Пенетрирующие язвы 12-перстной кишки, с точки зрения хирурга, намного сложнее и опаснее желудочных. Сложнее по хирургическим вмешательствам, опаснее – по последствиям, как на момент пенетрации, так и в отдаленном периоде, после операции – для «принимающих» органов проблемы не только не кончаются, но и во многих ситуациях – начинаются. Это касается так называемых ги-

гантских язв 12-перстной кишки, которые могут быть расположены в любом из её отделов и пенетрировать во все, практически, органы гепатопанкреатодуоденальной зоны. Ещё одна беда. Такие язвы во многих случаях протекают длительное время бессимптомно и проявляются у многих пациентов внезапно, развитием тяжелых и опасных осложнений. В таких ситуациях хирург должен решать множество важных задач – как устранить угрожающие жизни осложнение?... Как восстановить целостность разрушенных в пенетрации анатомических структур?... Как предугадать и обеспечить в послеоперационном периоде их нормальное функционирование?... Что произошло в органах и тканях, подвергшихся пенетрации, какие процессы в них запущены, каковы у них перспективы? И многое другое. На всех проблемах мы останавливаться не будем, для нас важнейшим вопросом является выбор правильной хирургической тактики, которая должна быть максимально безопасной, анатомической, функциональной. Руководствоваться в этих ситуациях хирург должен главными принципами – благоразумием, здравым смыслом: забота о судьбе больного, а не удовлетворение собственных амбиций выполнением сложнейших, но крайне рискованных операций.

Примером такого решения вопроса является операция «на выключение» язвы. По нашему мнению выполнение таких вмешательств свидетельствует о зрелости хирурга, о его способности трезво, адекватно оценивать ситуацию, а следовательно и все возможные риски.

Мы неоднократно выполняли эту операцию при необходимости выполнения резекции желудка, но при реальных трудностях формирования безопасной культи 12-перстной кишки, обусловленных пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы или печеночно-двенадцатиперстную связку, сопровождаемой образованием мощной периульцеральной зоны с разрастанием фиброзной ткани, инфильтрацией, вовлечением в процесс сосудов и т. д. Принимать решение необходимо на основании органолептической оценки – осмотра, пальпации и т. д., не переходить на неё «натворив дел» – по принуждению, после повреждений, также требующих коррекции. Сделаем в своей работе передышку и приведем описание операции, сделанное. Э. Итала:

«…мобилизацию большой кривизны желудка необходимо завершать приблизительно в 5 см. от привратника, для того, чтобы сохранить естественное кровоснабжение. Сосудистую аркаду, образованную правыми и левыми желудочным и сосудами, отделяют

приблизительно на расстоянии 5 см. от привратника и со стороны малой кривизны. Зажимами «Babcock» малую кривизну подтягивают вверх, а большую вниз. Пунктирной линией показан участок, где по окружности будет рассекаться серозно-мышечный слой антрального отдела желудка. Эта линия расположена приблизительно в 5 см. от привратника. Эластический зажим накладывают выше пунктирной линии. Рассекает серозно-мышечный слой. Его по окружности удерживают несколькими зажимами «Babcock». Слизистую оболочку отделяют по направлению к пилорическому жому с помощью ножниц и тупферов. Иссечение слизистой необходимо продлить до самого привратника, и, если возможно, на несколько миллиметров за него. Во время отделения слизистой необходимо действовать осторожно, избежать перфорации серозно-мышечного слоя. Большое значение имеет тщательный гемостаз, обеспечивающий предотвращения формирования гематомы. После достижения привратника на подслизистый слой накладывают кисетный шов, стараясь не перфорировать слизистую оболочку. Кисетный шов завязывают и слизистую отсекают сразу над ним. После этого, уже на мышечный слой привратника накладывают второй кисетный шов, позволяющий наглухо закрыть привратник после погружения в кишку слизистой оболочки культи. Избыток серозно-мышечного слоя иссекают, оставляя только 2 см. его выше привратника. Оставшиеся мышечный слой «антрума» и формирует окончательный вид культи: его ушивают поперечными одиночными швами таким образом, чтобы не оставалось «мертвых» пространств. Ушитую таким образом культю целесообразно укрепить прядью сальника». Операцию иллюстрирует приведенные ниже рисунки.



Рис. 88. **Резекция желудка «на выключение». Пунктирной линией обозначен участок, где по окружности будет рассекаться серозно-мышечный слой антрального отдела желудка (по Э. Итала)**

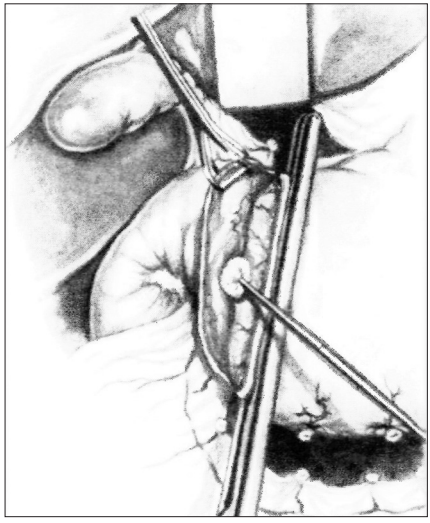


Рис. 89. **Резекция желудка «на выключение». Отделение слизистой оболочки антрального отдела (по Э. Итала)**

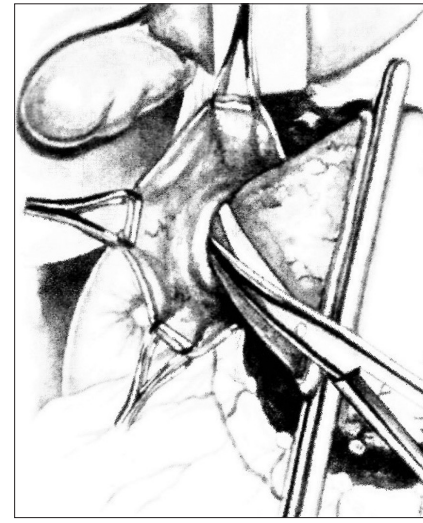


Рис. 90. **Резекция желудка «на выключение». Отделение слизистой антрума завершено (по Э. Итала)**

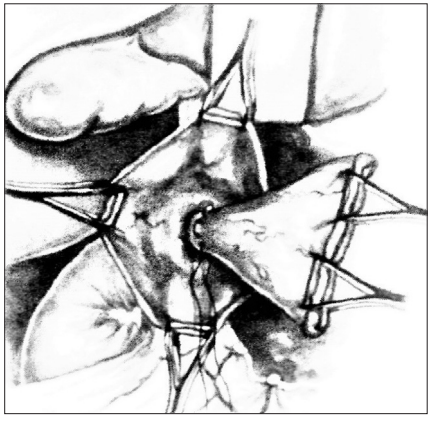


Рис. 91. **Наложение кисетного шва на подслизистый слой (по Э. Итала)**

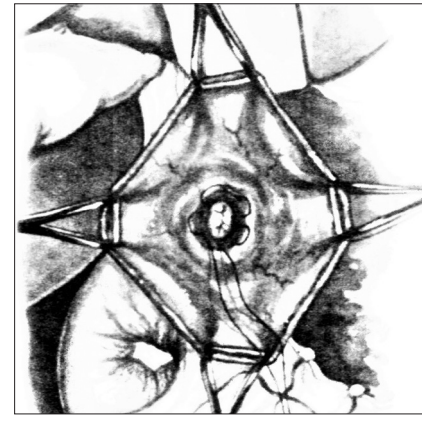


Рис. 92. **Наложение второго кисетного шва на мышечный слой привратника, который позволит «закрыть» привратник, после погружения слизистой оболочки культи (по Э. Итала)**

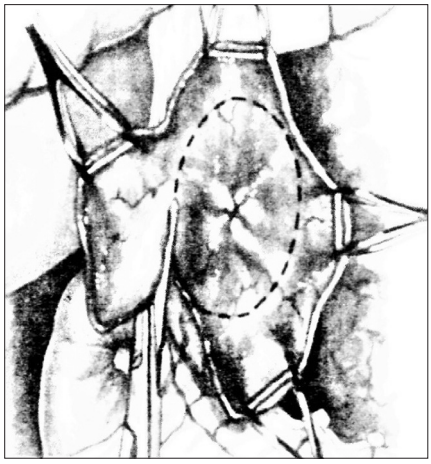


Рис. 93. **Резекция желудка «на выключение». Иссечение избытка серозно-мышечного слоя антрума (по Э. Итала)**

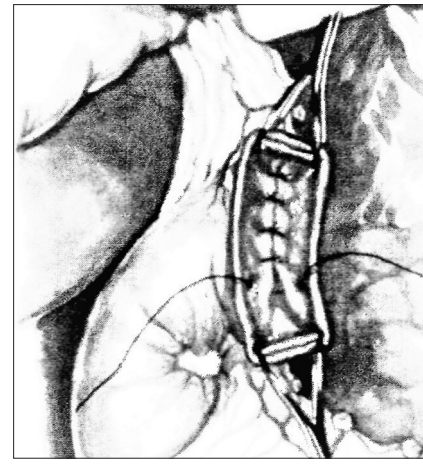


Рис. 94. **Резекция желудка «на выключение». Ушивание остаточного мышечного слоя антрума (по Э. Итала)**

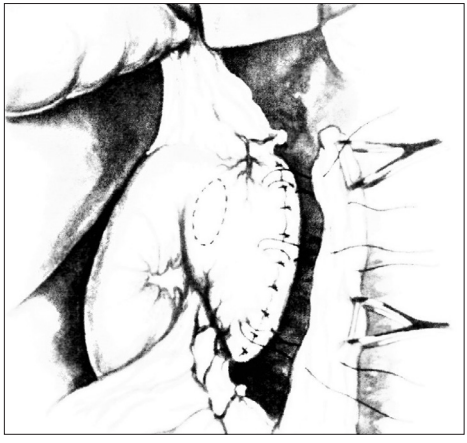


Рис. 95. **Окончательный вид операции резекции желудка «на выключение» (по Э. Итала)**

Если хирург не отвергает органосохраняющие операции при язвенной болезни 12-перстной кишки, альтернативой резекции желудка на выключение может быть формирование гастро-дуоденоанастомоза по Джабулею. Эту операцию выполняют тогда, когда пилоропластика по Финнею из-за перипроцесса, вызванного язвой, невозможна, а традиционная резекция желудка опасна из-за риска развития несостоятельности культи 12-перстной кишки.

После ревизии, оценки ситуации и принятия решения выполняют мобилизацию 12-перстной кишки по Кохеру. Это непреклонное условие всех операций на duodeni, без его выполнения многое просто невозможно. Не-

обходимо добиться, чтобы 12-перстная кишка и большая кривизна желудка в пилорическом отделе свободно, без принуждения и натяжения находились рядом. Далее – **ниже** луковицы 12-перстной кишки пораженной рубцами, воспалительным инфильтратом, стенозированной, с рыхлыми, отечными стенками, сшивают левую стенку duodeni и желудок на протяжении 5-6 см. Крайние нити оставляют в виде держалок, приподнимают их и зону будущего анастомоза «обкладывают» влажными салфетками. На ширину соустья рассекают стенки желудка и duodeni. Через разрезы с помощью пальца ревизуют зону язвенного инфильтрата, стеноза, пилорического отдела желудка, вертикальной части кишки – могут быть и другие язвы. Если на задней стенке деформированной луковицы есть язва – ее необходимо прошить. Под контролем пальца вкалывают иглу снаружи через переднюю стенку желудка, проходят под язву и выкалываются дистальнее инфильтрата через переднюю стенку duodeni. Таких швов необходимо 2-3. Таким образом прошивают язву, а при завязывании швов участком передней стенки кишки «пломбируют» ее нишу. Эти швы – начало формирования передней губы анастомоза по Джабулею (сверху вниз). Поверх них накладывают второй ряд швов. Основные этапы операции предтавлены на рис. 96-98.



Рис. 96. **Рубцово-язвенная деформация в области привратника.**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

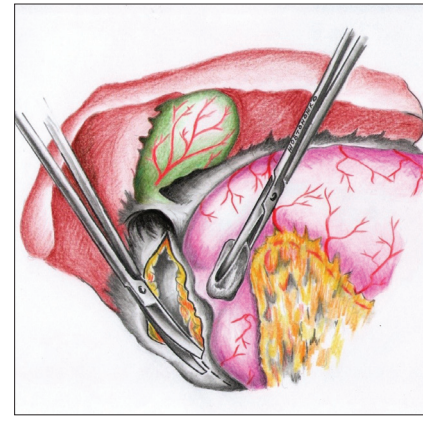
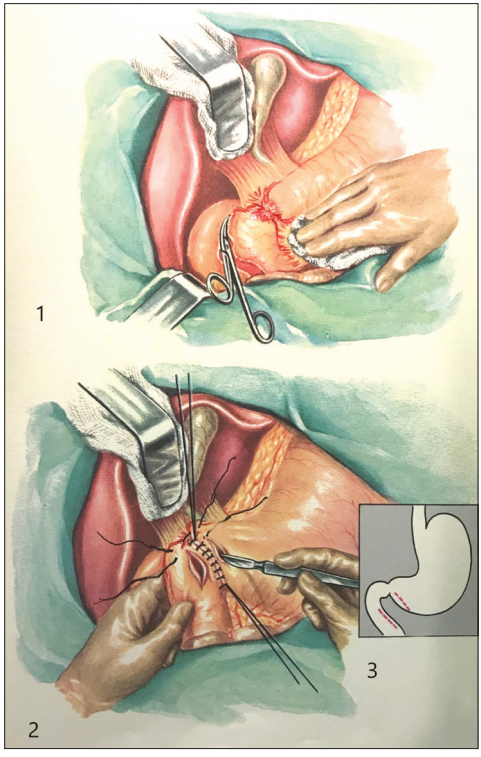
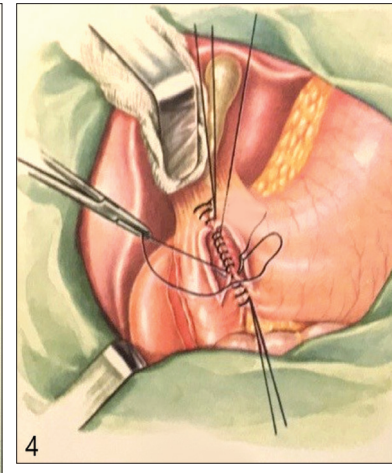
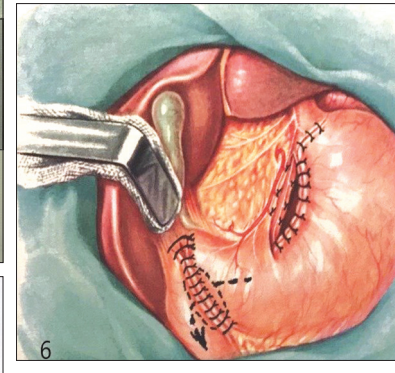


Рис. 97. **Мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру.**
(Рис. Жовтоножка А.И.)







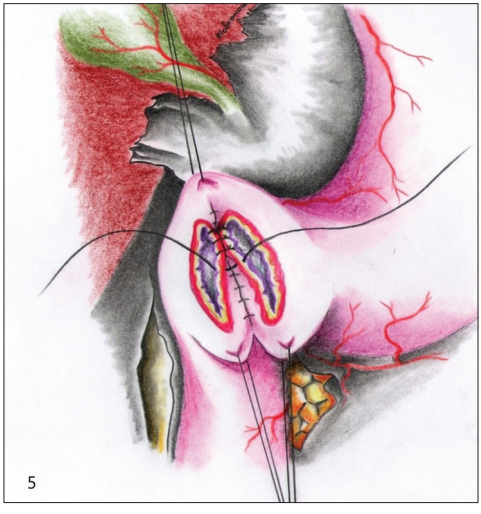


Рис. 98. **Этапы гастродуоденостомии по Джабулею.(По Ю.М. Панцыреву и А.И.Жовтоножко).**

По нашему опыту, это хорошая дренирующая желудок операция, альтернатива резекции на выключение. Её ни в коем случае нельзя сравнивать с пилоропластикой по Финнею, она выполняется тогда, когда последняя невозможна.

Просматривая свои записи, мы нашли три операции, выполненные по поводу пенетрирующих в головку поджелудочной железы язв задней стенки луковицы с формированием стеноза. В далеком уже 1986 году нам в руки попала небольшая брошюра: «Хирургическое лечение осложненных низкосидящих дуоденальных язв с сохранением пилороантрального отдела» изданная в г. Горьком (ныне – Нижнем Новгороде). Предложенная операция позволяла сохранить желудок с пилороантральным отделом, закрыть язвенный дефект на задней стенки луковицы и выключить его из просвета кишки, ликвидировать стеноз.

Сущность этой редкой операции заключается в том, что после выполнения СПВ, сразу же дистальнее пилорического жома пересекается 12-перстная кишка. Для ликвидации стеноза рассекается её передняя стенка до нормального просвета (часть рубцово-измененной стенки можно иссечь). Обнажается язва, пенетрирующая в головку поджелудочной железы. Вокруг язвы выполняется аккуратная демукозация стенки – образуется своеобразный желоб (дно – язва, боковые стенки – демукозированные верхняя и нижняя стенка луковицы), переходящие в нормальную верхне-горизонтальную часть duodeni. Пилорический канал желудка укладывают в желоб и формируют (по кругу) прямой гастро-дуоденоанастомоз. Оставшаяся язва закрывается задней стенкой желудка. Основные этапы операции представлены на рис. 99.

К сожалению, после 1991 года связь с пациентами, проживающими в С. Петербурге, прервалась, но опыт авторов (Г.А. Малахов и др.), составляющий 51 операцию положительно характеризует её результаты – в течение 5 лет наблюдения осложнений и рецидивов не обличено.

Намного сложнее ситуация при пенетрации язв 12-перстной кишки в желчный пузырь, в холедох (в составе печеночно-двенадцатиперстной связки), в ретробульбарный и интрапанкреатический его отдел, по соседству с Фатеровым соском.

При том возможны три основних варианта течения заболевания:

– пенетрация не привела к рубцовым стенозам протоков и нарушениям эвакуации желчи в 12-перстную кишку;

– пенетрация привела к стенозу протоков и серьезным нарушением эвакуации с развитием желтухи;

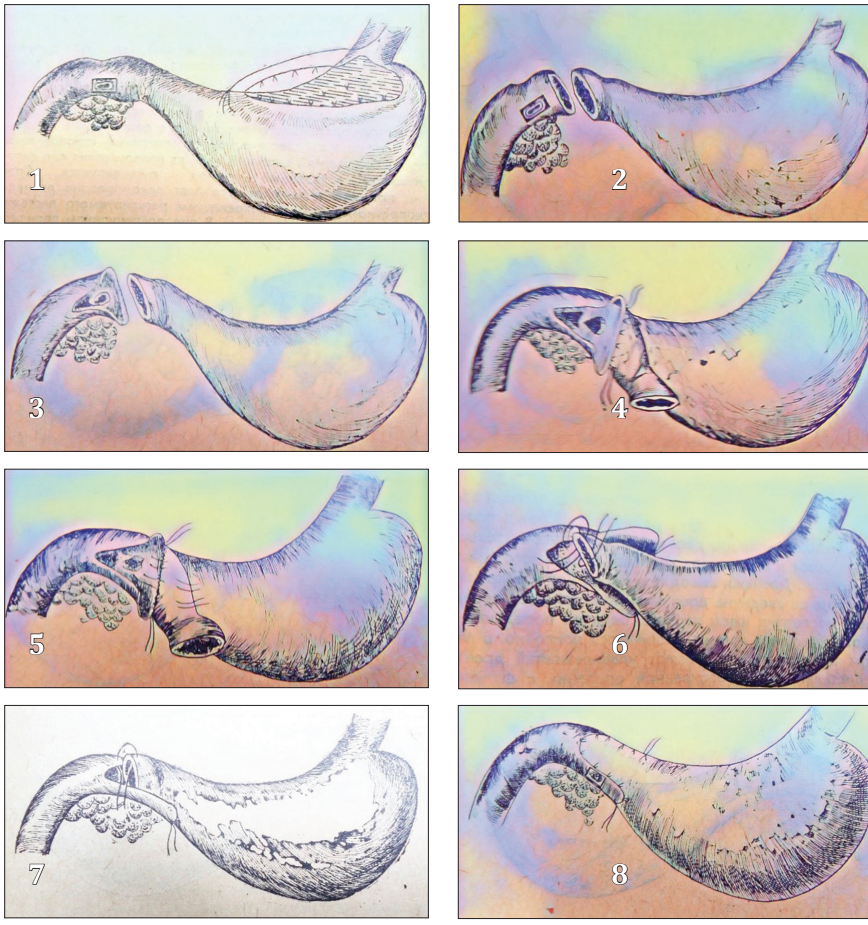


Рис. 99. **Этапы операции резекции желудка при пенетрирующих язвах задней стенки луковицы 12-перстной кишки (рисунки авторов операции).**

– пенетрация привела к развитию (наличию) свища (сообщениям) между протоком и кишкой;

В этих ситуациях хирург может решать либо только проблемы язвенной либо одновременно проблемы протоковой и язвенной патологии.

Для того, чтобы сделать грамотный выбор, необходимо провести рационально подобранный комплекс диагностических мер (методик).

Для оценки ситуации со стороны желудка и 12-перстной кишки – это рентгеноскопия (графия) с водорастворимым контрастом, это гастродуоденоскопия, это эндоскопия, это РХПГ.

«Внешние» методы оценки-это УЗИ, КТ, чрезкожная чрезпеченочная холангиография, чрезкожная холецистохолагиография.

При первом варианте хирург применяет операции, направленные на решения проблем, связанных с язвенной болезнью. Пенетрация язв 12-перстной кишки, как правило, приводит к одному из трех классических осложнений язвенной болезни – стенозу, кровотечению, перфорации. Хирурги в настоящее время располагают обширным перечнем вмешательств, которые условно можна разделить на две большие группы – резекции желудка и органосохраняющие операции: это все возможные варианты дренирующих операций в сочетании с неменьшим числом видов ваготомий. Значительная часть хирургов разделились на «резекционистов» и «ваготомистов», меньшая – выполняют те и другие вмешательства, понимая суть процессов и умея выбрать нужное конкретному больному. И они правы – глубокие знания всегда лучше слепого фанатизма.

При втором варианте хирург, наряду с первой проблемой (чисто язвенной) в обязательном порядке должен решить и вторую – обеспечить поступление желчи и панкреатического сока в кишку. Наиболее широко в настоящее время используются различные билиодигистивные анастомозы – холедоходуоденостомии, холедохоеюностомии (по Ру и на «длинной петле» с Брауновским соустьем). Опыт хирурга должен позволить сделать правильний выбор, главное не только удачно определиться с билиодигестивным вариантом, но и оценить его совместимось с операциией по поводу язвы – и функциональную и анатомическую.

Самий сложный – третий вариант. При нем обязательно решается вопрос язвенной болезни. А что делать с уже сформировавшимся свищем, который выполняет и билиодигистивную функцию с той лишь разницей, что его создадель – природа, а не хирург. Наша рекомендация – не торопиться, оценить ситуацию, в каждом конкретном случае решение принимается в индивидуальном порядке. Приведем несколько примеров.

1. **Больной Б., 46 лет**, доставлен в клинику каретой скорой помощи через 3 часа от момента появления резких болей в животе з диагнозом – «перфоративная язва желудка». В течении 5 лет страдает язвенной болезнью с типичным проявлениями и сезонными обострениями. Лечение у гастро-энетеролога в районной поликлинике, с полным соблюдением рекомендованной диеты. Последние

6 месяцев отмечает постоянное ухудшение-появились симптомы субкомпенсованого стеноза выходного отдела желудка. Клинические признаки соответствовали диагнозу врача скорой помощи, на обзорной рентгенограме органов брюшной полости – свободний газ под левым куполом диафрагмы, желудок в брюшной полости и… небольшой «газовый пузырь » в проекции желчного пузыря. На операции- в брюшной полости около 500 мл серозно-фибринозного выпота (удален отсосом). При ревизии выявлен сложный язвенный процесс в подпеченочном пространстве: луковица 12-перстной кишки деформирована, стенозирована в виде «песочных часов», на передней стенке – перфоративное отверстие диаметром = 8 мм с калезными краями. Верхне-горизонтальная часть кишки в плотном инфильтрате с дном и телом неувеличенного, не напряженного желчного пузыря. Других изменений не выявлено.

Перфоративная язва ушита двухрядным узловыми швами с практически полным перекритием просвета стенозированой кишки. Duodenum мобилизирована по Кохеру. Сформирован гастродуоденоанастомоз по Джабулею. После формирования задней стенки анастомоза через разрез в 12-перстной кишке выполнена пальцевая ее ревизия. На вершине втиснутой в инфрльтрат петли виявлено округлой формы диаметром 2 см соустье с дном и телом желчного пузыря – либо пролежень с конкрементом, либо пенентрация язвы з формированием свища. В желчном пузыре конкрементов нет, в кишку поступает оливкового цвета желчь. Учитивая операционные находки, сложность манипулирования в зоне инфильтрата решено от разделения свища воздержаться. Дренирующая операция Джабулея дополнена стволовой ваготомией (рис. 100).

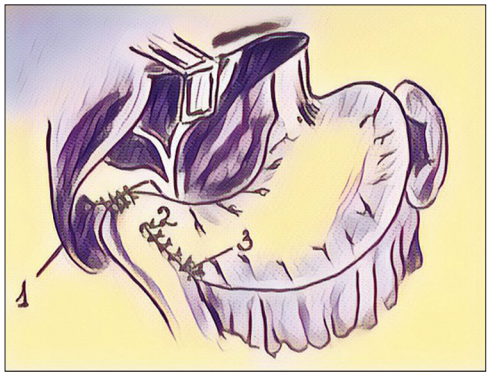


Рис. 100. **Схема операции у больного Б.**
1 – свищ; 2 – ушитая язва;
3 – анастомоз по Джабулею.

2. **Больной С., 62 лет**, поступил в клинику скорой помощи с диагнозом: острый холецистит, желудочно-кишечное кровотечение. В экстренном порядке обследован – УЗИ, фиброгастродуоденоскопия. Выявлены: флегмонозно-калькульозный холецистит, холедохолитиаз (два желчних конкремента в

терминальных отделах) с расширением протока до 1,8 см, парапапилярная язва диаметром 1,5 см под сгустком без признаков активного кровотечения. После краткой передоперационной подготовки выполнена операция. При ревизии в брюшной полости выявлен желчный пузырь размером 4х4х6 см, стенка гиперемирована, отечна, покрыта налетом фибрина, множественные точечные кровоизлияния; холедох расширен до 2 см, стенка эластична, конкременты в супрадуоденальной части не пальпируются; при осмотре желудка, двенадцатиперстной кишки признаков язвенного процесса не выявлено. Выполнена холецистэктомия от шейки. Ложе пузыря ушито П-образными швами. Через культю пузырного протока в холедох введена дренажная трубка, удалено около 20 мл мутной желчи. 12-перстная кишка мобилизирована по Кохеру. С помощью эндоскописта обозачена локализация язвы и Фатерова соска. Поперечная дуоденостомия. На задней-внутренней стенке виявлена язва диаметром 1,5 см с плотными краями, прикрытая плотно фиксированным сгустком.

Желчь в кишку через Фатеров сосок не поступает. Жидкость, введенная через дренаж в холедоха – тоже. Выполнена продольная папилотомия длиной около 2 см. В кишку свободно поступила желчь и 2 округлых конкремента диаметром 0,5 см, а также мелкие конкременты. Холедох промыт через дренаж. Сформирован переход холедоха в duodenum с прошиванием язвы (рис. 101).

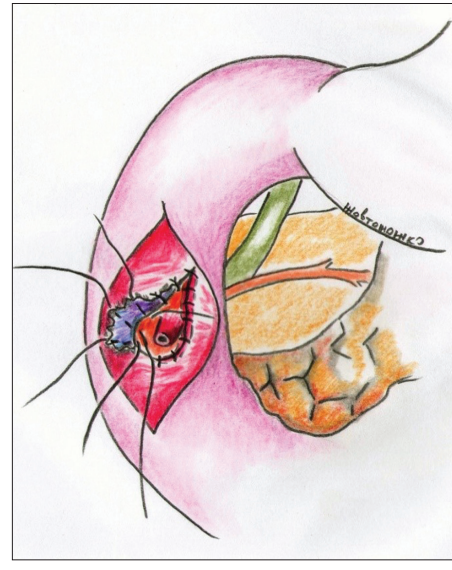


Рис. 101. **Продольная папиллотомия, прошивание парапапиллярной язвы** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

Операция завершена селективной проксимальной ваготомией

3. **Больной Н, 50 лет**, поступил для планового оперативного лечения з диагнозом – субкомпенсированый язвенный стеноз виходного отдела желудка. Диагноз поставлен врачом поликлиники по клинических данных без специального обследования. В течении последних двух лет больного беспокоили опоясовающие боли в верхней половине живота после спецефических по-

грешностей в диете (алкоголь).В течении последних двух месяцев появились жалобы на вздутие живота, отрыжку, периодически рвоту накануне сьеденной пищей.

Проведено обследование – ренгеноскопия (графия) желудка и 12-перстной кишки, гастродуоденоскопия. В нижней части вертикального отдела duodeni виявлено резкое циркулярное сужение просвета кишки с расширением вышележащих отделов; контраст эвакуируется в дистальном направлении тонкой струей; имеются антиперистальтические движения в супрастеностической части. При гастродуоденоскопии установлено, что сужение представлено рубцово измененной стенкой ниже Фатерового соска на 4 см; Последний не изменен.

Больной прооперирован. Выполнено дренирующее 12-перстную кишку вмешательство. Тощая кишка обработана по Ру. Заглушенная ее часть проведена в подпеченочное пространство через окно в брыжейке поперечно-ободочной кишки справа от a.colica media, сформирован дуодено-еюноанастомоз по типу «бок-в-бок» шириной 4 см. Привратник не пересекали. Выполнена СПВ. Выписка серез 20 суток (рис. 102).



Рис. 102. **Схема операции больного Н.**

Постбульбарные язвы. Достаточно сложная для хирурга локализация язвы. Как правило все рекомендации, касающиеся оперативных вмешательств, касаются типичних локализаций – чаще всего это луковица двенадцатиперстной кишки. Именно применительно к этому варианту описана техника операции по Гейнеке-Микуличу, Финнею, Джабулею и т.д. Попытки выполнить их при постбульбарних язвах вызывает у хирургов, особенно молодых, проблемы. «Неприятности» начинаются уже при обязательной при всех пилоропластиках мобилизации по Кохеру – язвы дистальнее луковицы неред-

ко сопровождаются выраженным воспалительным перипроцессом, инфильтрацией тканей, вовлечением в процесс печеночно-двенадциперстной связки. Манипулировать в этой зоне становится опасно, но без этого невозможен «классический Финней». Кроме того, язвы на передней стенке кишки (перфоративные, кровоточащие) необходимо иссекать. Если это выполнить – образуется большой дефект передней стенки и луковицы, и постбульбарного отдела. При этом без мобилизации верхнего угла кишки очень трудно сформировать переднюю стенку пилоропластики, мешает натяжение. Выход в модификации пилоропластики по Финнею, мы этим приемом пользуемся много лет. Между хирургами кафедры эта методика получила название «косой ФИННЕЙ». Суть ее в следующем. Двенадцатиперстную кишку мобилизируют по Кохеру в пределах возможного – до инфильтрата. Это позволяет сблизить вертикальную часть кишки с пилорическим отделом желудка. В этом положении формируют «шпору», «подкову» Финнея **с ориентиром на язву, а не на пилорический жом** т.е. в косом направлении (отсюда-«косой» Финней).

Сшив таким образом стенки, приступают к иссечению язвы (если она на задней стенке – прошивают ее) и формированию передней стенки. В итоге получается гастродуодено-дуоденостомия с пересечением привратника. Язва обработана (иссечена или прошита), привратник пересечен, натяжение стенок нет. Схема операции представлена на рис. 103.

Заключая раздел, еще раз отметим особую сложность хирургических вмешательств при пенетрирующих язвах. Залог успеха – благоразумие, предпочтение малотравматичных, но эффективных вмешательств, отход от травматичных, опасных развитием осложнений «радикальных» операций. Интересы больного на первом месте.

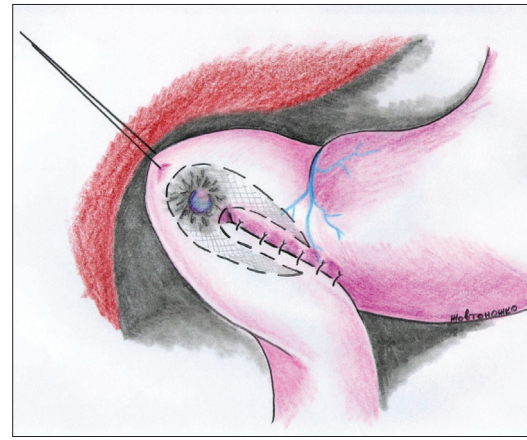


Рис. 103. **Формирование «подковы» пилоропластики по Финею с ориентацией на язву («косой» Финей).**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

Просто «трудные» язвы. Не так часто, но все же встречаются язвы, трудные для диагностики

и обработки, осложнившиеся либо перфорацией, либо кровотечением с созданием ситуаций, требующих срочного разрешения. Об этом может вспомнить большинство абдоминальных хирургов, особенно долго работающих в этой области. О некоторых из них расскажем и мы.

Язва 12-перстной кишки, перфорировавшая в забрюшинное пространство. Течение многих язв, расположенных на задней стенке duodeni осложняется либо пенетрацией, либо кровотечением. Подталкивает их к этому топография кишки, а именно – близкий контакт с органами, принимающими «удар на себя», в частности это головка и часть тела поджелудочной железы. Именно они становятся на пути язвенного процесса. Но иногда такие язвы «меняют курс» и перфорируют в забрюшинную клетчатку. Таких случаев немного, опишем один из них.

Больной К, 36 лет, поступил в клинику на 4-е сутки от начала заболевания с диагнозом врача скорой помощи – «острый живот». Заболевание началось с появления резких болей в правой поясничной области, вначале острых, в виде схваток, а затем постоянных, тупых, перешедших в ощущение распирающего, болезненного инородного тела. Повысилась температура тела до 38,5, появилась тошнота, была однократная рвота застойным содержимым. В течение выходных дней находился дома, в постели, затем обратился к врачу и был доставлен в клинику. Важная информация из анамнеза – во время службы в армии была диагностирована язвенная болезнь, язва залуковичного отдела 12-перстной кишки. После проведенного лечения в одном из госпиталей был уволен по состоянию здоровья. Постепенно о бывшей у него язве пациент «забыл»- не лечился и не обследовался по этому поводу. Не вдаваясь в подробности отметим, что после первичного осмотра сложилось впечетление о наличии у больного правостороннего паранефрита, острого панкреатита с перипанкреатитом, но было решено начать обследование с контрольной гастро-дуоденоскопии, язва в анамнезе не давала покоя. На ФГДС в залуловичном отделе, в вертикальной части кишки, на задне-боковой стенке была выявлена хроническая каллезная язва диаметром до 1,8 см из которой в кишку при обследовании начал поступать гной. Кроме того : а) в момент осмотра кишки резко усилился болевой синдром; б) эндоскописту не удавалось «как следует » расправить воздухом кишку, он покидал ее просвет через язву; в) задняя стенка кишки на всем протяжении с резко гиперемированой, отечной слизистой. Диагноз сомнений не вызывал, но дежурный хирург после ФГДС выполнил обзорную R-графию органов брюшной полости. На

снимке в забрюшинном пространстве справа появились уровень жидкости и газ над ним. После интенсивной подготовки больной оперирован. На операции виявлен по сути дела абсцесс в правом забрюшинном пространстве, который своей передней стенкой выбухал в брюшную полость с распластаной на ней восхлдящей кишкой. Выполнен люмботомический прокол справа, в полость абсцеса снизу, по направлению к почке проведена толстая силиконовая двухпросветная дренажная трубка, удалено около 1,5 литров гноя. Полость абсцеса спалась. С помощью гастроскопа определено положение язвы. Над ней выполнена дуоденотомия. Язва на задней стенке ушита отдельными узловыми швами. Стенки абсцеса со стороны брюшной полости не вскрывали. Других изменений в животе, требующих хирурческой коррекции, не было. В послеоперационном периоде была организована комплексная интенсивная терапия хирургической инфекции с активным промыванием и дренированием полости абсцеса. Через 30 дней больной выписан из клиники (рис. 104).

Язва нижнегоризонтальной части 12-перстной кишки, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу и нижнюю полую вену и кровотечением.

Больной Ф., 40 лет, поступил к клинику по скорой помощи с диагнозом – «желудочное кровотечение», передположительно язвенной этиологии. В течении более чем 15 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Находится под динамическим наблюдением гастро-энтеролога районной поликлиники. Периодически проходит обследования (ФГДС) и курсы лечения. При поступлении тяжесть оценена как «средняя», признаков продолжающегося кровотечения



Рис. 104. **Забрюшинный абсцесс вследствие перфорации язвы 12-перстной кишки у больного Н.**

нет. За сутки до поступления была однократная рвота с примесью сгустков крови, затем черный стул. Перед помещением пациента в отделение интенсивной терапии выполнена фиброгастродуоденоскопия. Выявлена рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки с рубцующейся язвой на задней стенке(до 0,6 см в диаметре) – дно язвы покрыто фибрином. Гастроскоп проведен в 12-перстную кишку – в ее просвете желчь и небольшие кровяные сгустки на стенках. Осмотрен Фатеров сосок – изменений нет. В нижней – горизонтальной части, в месте ее подъема к связке Трейца на задней стенке, над выпуклостью, огибающей нижнюю полую вену, расположена округлой формы язва, диаметром до 1 см с конвергенцией складок. Дно язвы прикрыто тромбом, из под которого подтекает кровь. Заподозрена пенетрация язвы либо в нижнюю полую вену, либо в ткань поджелудочной железы. Учитывая высокий риск рецидива кровотечения, возможную его тяжесть, больному предложено оперативное лечение. После подготовки взят в операционную. При ревизии выявлена рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки с выраженым перипроцессом. С помощью эндоскописта обозначено место расположения дистальной язвы. Ориентируясь на гастроскоп, пропальпирована нижнегоризонтальная ветвь кишки. Через брыжейку поперечно-ободочной кишки, без ее рассечения, наложены швы-держалки на стенку duodeni, выполнена дуоденотомия в проекции язвы. Язва аккуратно прошита тремя П-образными швами, после их завязывания тромб удалился, признаков кровотечения нет. Обсуждены два варианта завершения операции: а) пилоропластика по Финнею+СПВ; б) Резекция 2/3 желудка с анастомозом по Ру. Учитывая наличие второй язвы, расположенной над нижней полой веной, необ-

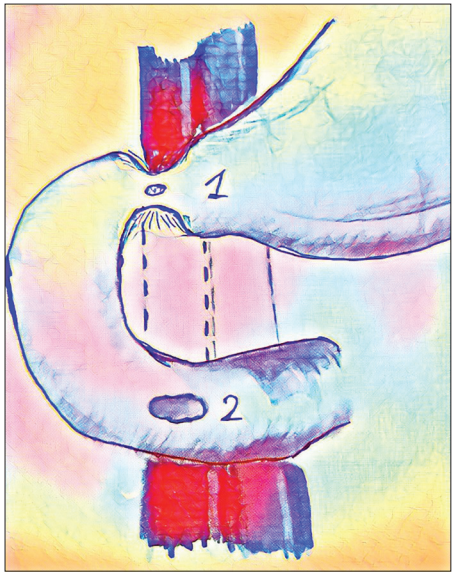


Рис. 105. **Больной Ф. Язвы 12-перстной кишки – луковицы (1) и нижне-горизонтальной (2) части.**

ходимость «отключения» пищевого пассажа и создания функционального покоя –склонились в пользу резекции, что и было сделано. Послеоперационный период протекал благополучно, на 12-е сутки пациент выписан. Случай иллюстрирует (рис. 105).

Возможно, в этом случае можно было ограничиться органосохраняющей операцией, с сохранением естетственного пасажа желудочного содержимого, но в ту ночь на телефоне консультировал профессор-«резекционист»; он принял решение и, по ближайшему исходу, оказался прав. Изоляция от пищевых масс, функциональный покой для прошитой язвы видимо сыграли свою положительную роль.

«Трудно прошиваемые» кровоточащие язвы 12-перстной кишки. В нескольких случаях мы испытали неудачу при попытке прошить кровоточащую язву луковицы или залуковичного отдела 12-перстной кишки, расположенную на задней стенке. Попытки завязать лигатуры приводили к прорезыванию швов, было невозможно сблизить края язвы, а хирурга – в отчаяние. На одной из таких операций нашелся выход. Его суть – в «пломбировке» язвенной ниши избытком передней стенки кишки в дне язвы. Пинцетом захватывали стенку, создавая своеобразный «капюшон», нахлобучивали его на язву и начинали «пломбировку», – иглу вкалывали снаружи в «капюшон», затем проводили ее под язвой и выкалывали наружу с противоположной стороны.. Достаточно трех паралельных оси кишки швов. Перед завязыванием лигатур на дно язвы можно уложить кусочек гемостатической губки. Осторожное завязывание вводит в нишу участок передней стенки, «пломбирует» её, создает необходимую компрессию и гемостаз. Второй ряд швов при формировании «передней губы» этот эффект только увеличивает (рис. 106-107).

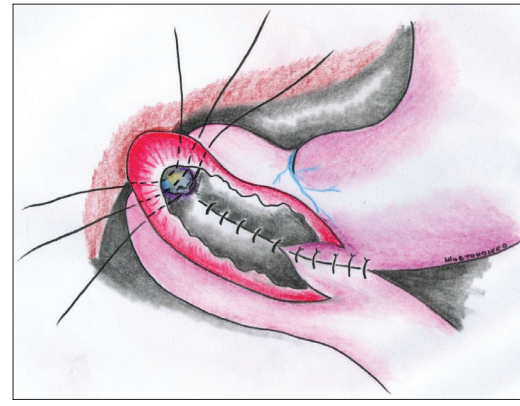


Рис. 106. **«Пломбировка» трудной для прошивания язвы задней стенки залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки с использованием участка передней стенки** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

Описанную методику мы использовали у 5 больных. Все они выписаны.

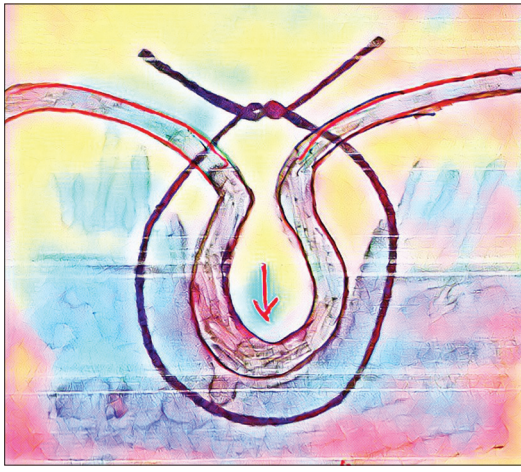


Рис. 107. **«Пломбировка» язвы стенкой кишки (схема).**

Один раз нам удалось остановить кровотечение путем прошивания и перевязки гастродуоденальной артерии снаружи, выше и позади верхней стенки кишки. Основной ствол артерии в инфильтрированых тканях выделять не рискнули, «наугад» прошили предполагаемое место прохождения сосуда и... повезло. Больше, правда, таких попыток не предпринимали.

Особенности техники формирования гастроэнтероанастомозов при резекции желудка.

Этот раздел хотелось бы начать с небольшого литературного отступления. На память приходит басня С.Михалкова о том, как в лесу звери решили построить мост через реку. Как и положено, был назначен конкурс проектов. Рассматривали два основных: первый-(автор Соловей)- ажурный, легкий,воздушный; второй –мощный, на быках (автор-Медведь). Разгорелся жаркий спор. Проблему решил председатель(Осел). Он поставил на голосование главный вопрос – как строить мост: вдоль или поперек реки. Какое это имеет отношение к анастомозам? Самое прямое. Большинство хирургов, ежедневно выполняя резекции желудка, не задумываясь формируют гастроэнтероанастомозы так, как их научили их наставники, как изображено практически во всех атласах по оперативной хирургии – тонкую кишку, используемую для соустья, рассекают **вдоль** продольной оси. Анастомозы получаются широкие, надежные, сформированная из культи и кишки «воронка» аккуратно ложится в окно брыжейки поперечно-ободочной кишки, из нее идет активная, без задержки эвакуация. Но не все хирурги одобрительно к этому относятся. Ёще в 1906 году, тщательно проанализировав качества различных видов анастомозов, физиолог У.Кэннон и хирург Ф.Мерфи сделали заключение «...чем более перерезано циркулярных мышц, тем более нарушена моторика… важен не столько широкий анастомоз, сколько ненарушенная функция подвижности…».

Это заявление привлекло внимание многих хирургов, особенно после появления у части пациентов, перенесших резекцию, так называемых пострезекционных синдромов. Доминирующее мнение о том, что главное – это обеспечить беспрепятственное поступление содержимого из одного органа в другой, подверглось пересмотру. Обнаружилось ёще много разных факторов, определяющих жизнь пациентов в ближайшем и отдаленном периоде.

Особое внимание, многие годы исследований уделил этой проблеме Я.Д.Витебский – хирург из далекого Кургана, давшего миру ёще одного самобытного хирурга – Илизарова. Вот основные положения его работы :

1.Чем шире анастомоз, чем на большем протяжении рассечен циркулярный мышечный слой, тем более нарушена транспортировка содержимого через соустье. Мешают этому различия в периодичности, интенсивности, направлении и скорости перистальтических волн, скорость продвижения уменьшается в 4-5 раз.

2.Продольное рассечение стенки повреждает параллельно идущие внутристеночные сосуды и создают в противобрыжеечной зоне участки ишемии, что зачастую приводит к расхождению швов анастомоза.

3.При продольном рассечении возникает повышенная механическая нагрузка на швы анастомоза (а значит, к несостоятельности); кроме того – постоянное сокращение рассеченных циркулярных мышц обуславливает постоянное зияние просвета анастомоза.

4.При «продольных анастомозах» неизбежен рефлюкс в вышележащий отдел, причем чем длиннее разрез, тем существеннее рефлюкс, а значит дуоденостаз.

Альтернатива продольным соустьям – разработанные Я.Д.Витебским клапанные анастомозы. Применительно к резекции желудка им предложено 4 варианта их формирования :1) нижний задний, 2)нижний передний, 3) верхний задний, 4) верхний передний. В последнее время к этим анастомозам вернулись многие хирурги, правда мало зная об их сути, о том, какими их задумал автор – Я.Д.Витебский. Поэтому приводим технику их исполнения в его описании. Предваряет операции обязательное условие – рассечение связки Трейца по Стронгу-Витебскому: дуоденоеюнальный переход должен быть сглажен, острый угол между восходящей частью duodeni и первой петлей тощей кишки ликвидирован, это практически гарантирует от развития дуоденостаза. Ёще одно замечание Я.Д.Витебского – выбор переднего или заднего варианта анастомоза определяется возможностью создания широкого окна в брыжейке поперечно-ободочной

кишки. При короткой брыжейке, рассыпном типе сосудов предпочтительнее передний вариант анастомоза. Далее – по автору.

1. **Нижний задний клапанный анастомоз желудка с тощей кишкой**. Короткую петлю тощей кишки подводят к задней стенке отведенного влево мобилизированного желудка. Большую кривизну освобождают на 8-10 см выше предполагаемой линии отсечения желудка. Первым швом-держалкой сшивают околобрыжеечный край кишки и большую кривизну желудка. Вторым швом противобрыжеечный край кишки фиксируют к задней стенке желудка на расстоянии, равном полуокружности кишки. Ушивание желудка до соустья производят несколько дистальнее. После завершения анастомоза ушитая культя желудка и соустье должны находиться на одной прямой линии. При ушивании верхней части культи должна быть обеспечена симметричность передней и задней стенок анастомоза. Стенку тонкой кишки рассекают на одну треть длины окружности. но ширина соустья не должна превышать 2 см. После удаления части желудка узловыми швами соединяют заднюю и переднюю губы анастомоза. Перед наложением верхнего треугольного шва на обе стенки желудка и кишку ушивают верхнюю часть культи. Соустье переводят в нижний этаж брюшной полости, а брыжейку поперечно-ободочной кишки подшивают к культе желудка выше по большой кривизне так, чтобы придать анастомозу вертикальное положение. К задней стенке культи двумя швами фиксируют приводящую петлю тощей кишки (рис. 108).

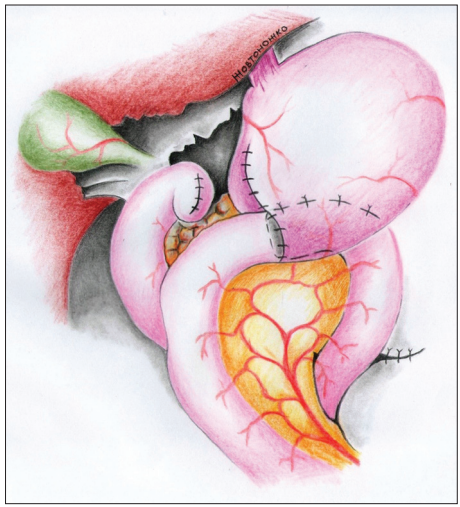


Рис. 108. **Нижний задний клапанный анастомоз культи желудка с тощей кишкой по Я.Д. Витебскому.** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

2.**Нижний передний клапанный анастомоз** желудка с тощей кишкой. Этот анастомоз выполняют при рассыпном ветвлении сосудов мезоколон или её рубцовом укорочении: кишечную петлю подшивают впереди от поперечно-ободочной кишки, к передней стенке желудка. Для соустья рассекают заднюю стенку тощей кишки. Остальные этапы операции аналогичны этапам наложения

нижнего заднего анастомоза (рис. 109).

3. **Верхние клапанные анастомозы желудка с тощей кишкой**. Анастомозы накладывают у малой кривизны желудка, просвет тощей кишки становится как бы продолжением желудочной дорожки.

Формирование **верхнего заднего** клапанного анастомоза начинают со сшивания малой кривизны желудка с противобрыжеечным краем тощей кишки. Второй, накладываемый строго поперечно шов соединяет околобрыжеечный край тощей кишки с соответствующим поперечнику кишки участком стенки желудка. Следует подчеркнуть, что особенно важно строго поперечно ушивать оставшуюся часть желудка от анастомоза до большой кривизны включительно (рис. 110). Аналогичным образом, но с передней стенкой желудка накладывают **верхний передний** клапанный анастомоз желудка з тощей кишкой.

Комментарий Я.Д. Витебского: … «верхний передний и задний клапанный анастомозы имеют два несомненных преимущества. Во-первых, исключается «провал» желудочного содержимого в тонкую кишку, что обеспечивает профилактику демпинг-синдрома. Во-вторых,



Рис. 109. **Нижний передний клапанный анастомоз культи желудка и тощей кишки по Я.Д. Витебскому.**
(Рис. Жовтоножка А.И.)



Рис. 110. **Верхний задний клапанный анастомоз между культей желудка и тощей кишкой по Я.Д. Витебскому**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

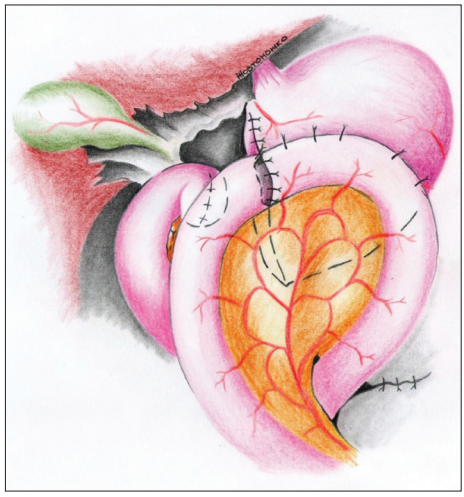


Рис. 111. **Верхний передний клапанный анастомоз между культей желудка и тощей кишкой по Я.Д. Витебскому**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

сшивают слизистые оболочки желудка и кишки, имеющие близкие показатели pH, что, по нашему мнению, уменьшает частоту образования пептических язв. В тоже время высокое расположение верхних клапанных анастомозов увеличивает опасность развития пострезекционных дуоденостазов. В связи с этим, видимо, **следует чаще применять поперечную антиперестальтическую дуоденоеюностомию**. Кроме того,отклонение линии отсечения желудка по большой кривизне в дистальном направлении может быть причиной гастростаза, нарушения эвакуации содержимого культи желудка»…

Так выглядят клапанные гастро-еюнальные анастомозы в изложении автора – Я.Д. Витебского. Одни хирурги их формируют и получают хорошие, по их оценке результаты,другие придерживаются традиционных методик. Это право выбора и опыта. Главное – всё делать грамотно, по автору, с учетом его рекомендаций и опыта.

При формировании «продольных» гастроеюноанастомозов тоже есть свои тонкости. О них знают почти все хирурги, выполняющие эти операции. У многих из них они свои, известны, как правило, в коллективе клиники, широкого распространения не получают. Мы поделимся некоторыми из них. Как правило, они касаются, на первый взгляд несущественных деталей операции,отдельных швов, но как часто именно они являются определяющими. Вспоминается один из фильмов, снятых по сценарию Ю. Германа. Генерала-организатора медицинской службы (роль исполнял великий Е. Копелян) прооперировал его друг – генерал-хирург. На утреннем обходе пациент спокойно комментирует свое состояние: «...ну вот и всё… ночью сдал шовчик у наружного края анастомоза между пищеводом и кишкой, содержимое тощей кишки струйкой полилось в живот …это – перитонит, это конец...». Один «шовчик», «мал золотник, да дорог».

Начнем с формирования малой кривизны желудка и «шпоры Гофмейстера-Финстерера». Кстати, формировать «шпору» почти одновременно предложили оба упомянутых автора-один в Европе, другой в Америке. Всю жизнь они отстаивали, боролись за свой приоритет, даже, говорят, враждовали. После их ухода из жизни мировое хирургическое сообщество примирило оппонентов – вариант резекции желудка в их модификации стали официально именовать: «резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейтер-Финстерера...». Мудрое решение, «лучше поздно, чем никогда».

так, после мобилизации желудка в запланированном объеме накладывают два шва-держалки : на малой кривизне и на большой. Это осязаемые границы резекции. Между ними намечают линию резекции. Она может быть прямой, может состоять из двух фрагментов (отрезков), составляющих тупой угол, открытой в сторону дна (рис. 112).

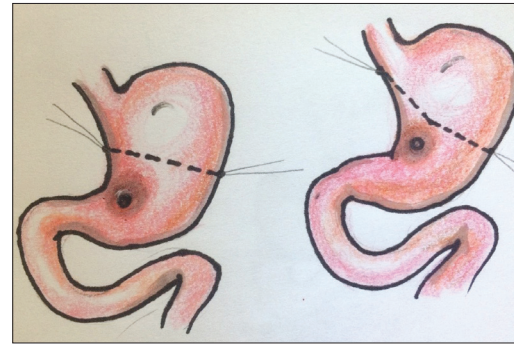


Рис. 112. **Линии резекции желудка**

Для формирования культи желудка мы пользуемся тремя зажимами Кохера и сшивающим аппаратом. В этом процессе три этапа :

а) от большой кривизны к центру тела желудка по линии пересечения накладывают два зажима Кохера «носиками» к малой кривизне на ширину анастомоза (4-5 см), параллельно друг другу. Между ними желудок рассекают, до «носиков»;

б) от верхушки верхнего зажима к держалке на малой кривизне на остающуюся часть желудка накладываем сшивающий аппарат, прошиваем стенку, параллельно накладываем зажим Кохера и дистальную часть желудка отсекаем. Снимаем сшивающий аппарат,выполняем коагуляцию мелких кровоточащих сосудов между скобками. Культя получила свои контуры.

в) приступаем к формированию «малой кривизны» культи. Линию скобочных швов необходимо укрыть, защитить, герметизировав с помощью **второго ряда** серозно-мышечных узловатых швов. Уточняем – **второго ряда достаточно**. Большее их количество приводит к ишемии стенки культи в этом месте. Почему мы говорим о третьем ряде? Потому что надо формировать шпору Гофмейсте-

ра-Финстерера, а это третий ряд и есть. Мы пользуемся следующим приемом, чтобы его избежать.

Второй ряд серозно-мышечных швов, от пищевода до будущего анастомоза накладываем с двойным интервалом (через один). Затем проводим тонкую кишку, предназначенную для анастомоза, и фиксируем её к малой «кривизне» культи швами наложенными **между** уже завязанными. Интервал становится достаточным для герметизации, линия швов прикрывается стенкой тонкой кишки, швы наложены в **два ряда**. Это казалось бы незначительная, но важная деталь хирургической техники.

Далее приступаем к формированию анастомоза. **У него есть два слабых места – верхний и нижний угол.** Они должны быть надежно защищены. Определяющими,по нашему мнению, являются крайние швы. В отличии от основных серозно-мышечных одиночных швов,накладываемых перпендикулярно зажиму Кохера на культе к линии разреза кишки вдоль её оси, они накладываются «под углом». Верхний шов образует угол в 45^0, открытий к малой кривизне, нижний – такой же, но открытий от большой кривизны. При завязывании они надежно «укрывают» анастомоз, заглубляют его.

Передняя губа анастомоза формируется с помощью однорядных вворачивающих швов, завязывающихся изнутри. Вначале прошивают первую половины длины- от малой кривизны до середины, затем- вторую, от большой кривизны навстречу. В месте встречи накладывают один шов, завязываемый снаружи. Это позволяет избежать деформации передней стенки анастомоза, хорошо сопоставить края стенки желудка и кишки.

Второй ряд швов (также одиночные, серозно-мышечные) начинаем от большой кривизны со знаменитой «Русановской кочерги». Этот шов должен надежно укрыть самый опасный, нижний угол анастомоза. Первый вкол – серозно-мышечный, **вдоль большой кривизны культи** по направлению к линии швов анастомоза. Второй серозно-мышечный, на стенке тощей кишки, **паралельно линии швов**, расстояния «вкол-выкол» = 1,5 см. При завязывании тонкая кишка «капюшоном» окутывает угол, как полукисет – погружает, а значит надежно защищает его. Все последующие швы,вдоль анастомоза, накладываем строго перпендикулярно его линии, с переходом (1-2 шва) на шпору Гофмейстера-Финстерера. Таким образом формируется гастро-ентероанастомоз практически без слабых мест.

Этапы формирования гастроэнтероанастомоза иллюстрируют рис. 113, а также фотографии, сделанные на одной из операций (рис. 114).

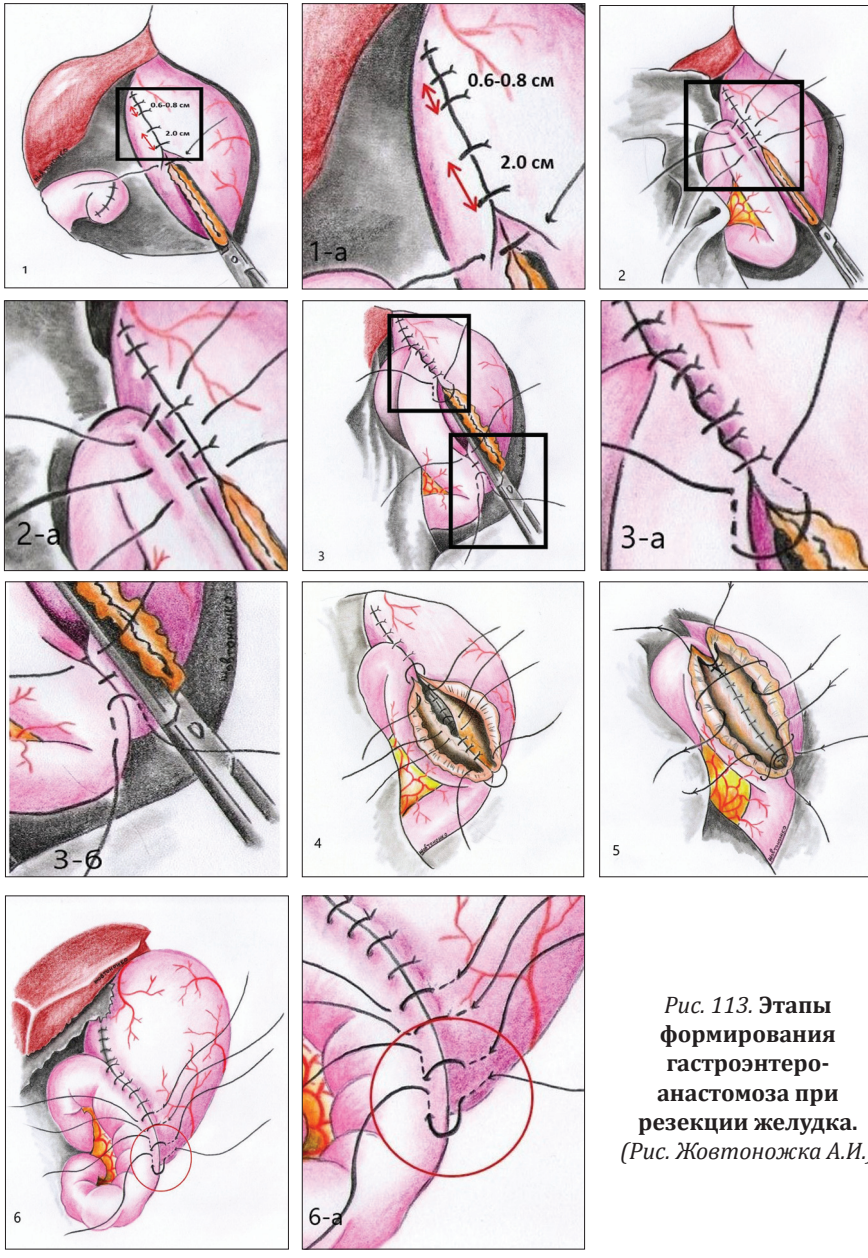
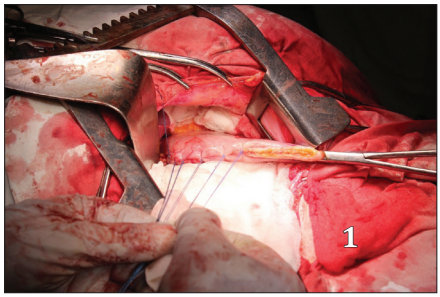
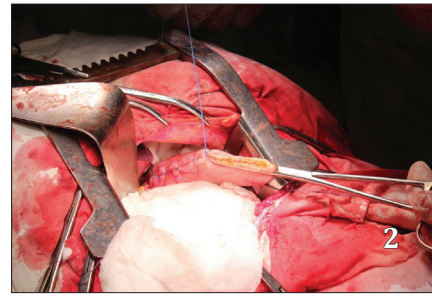
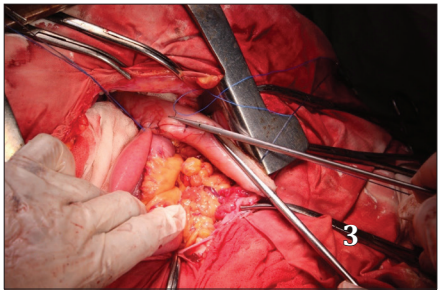
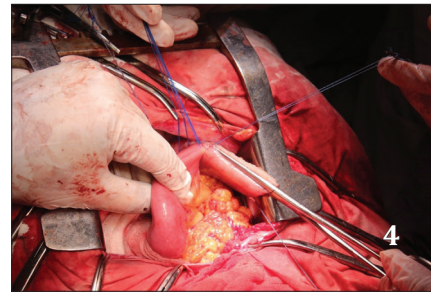


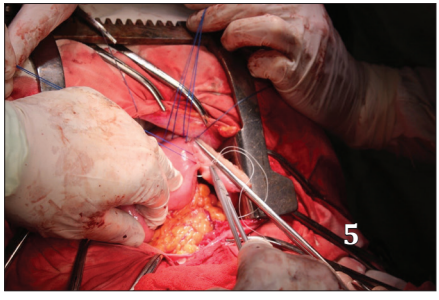
Рис. 113. **Этапы формирования гастроэнтеро-анастомоза при резекции желудка.** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

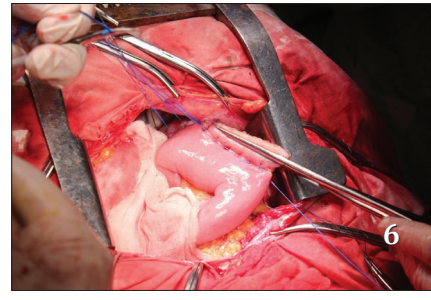

1

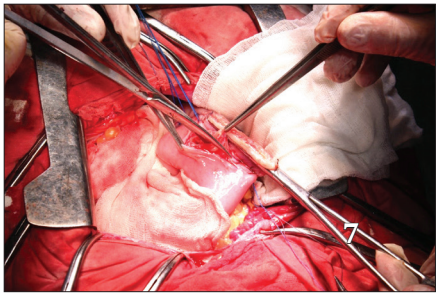

2

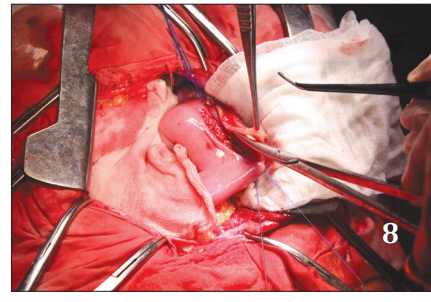

3


4


5


6


7


8

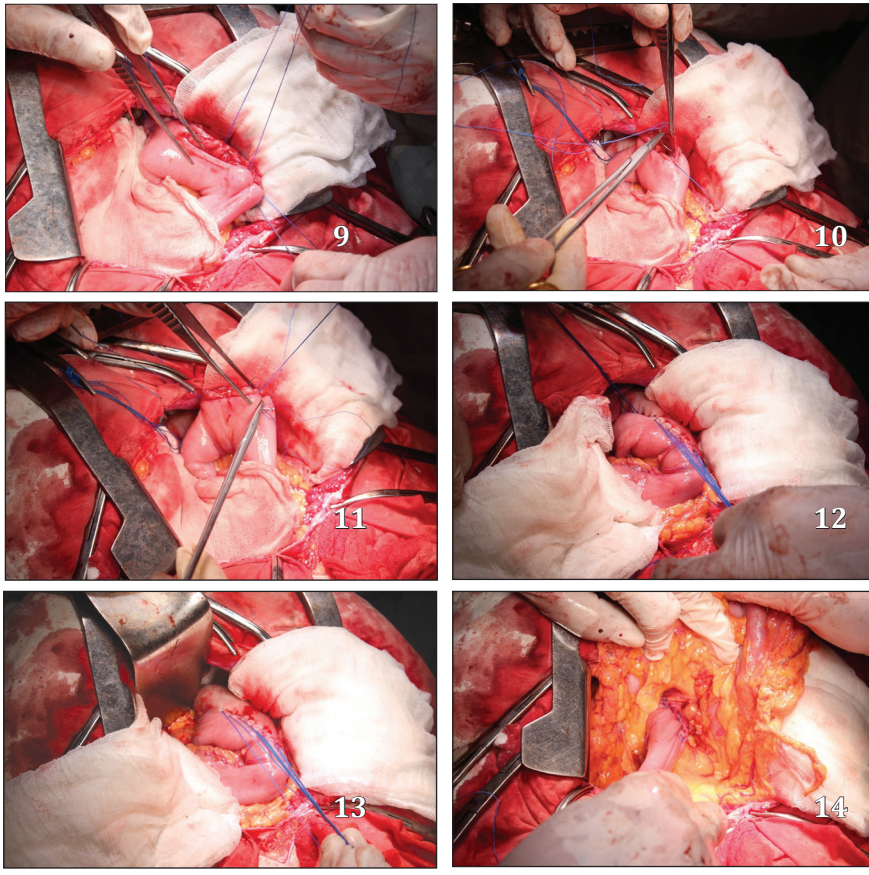


Рис. 114. **Этапы формирования гастро-энтероанастомоза (фото этапов операции авторов).**



Рис. 115. **Силин Б.Н.**

На более, чем 1000 резекций желудка у одного из авторов, не было ни одного случая несостоятельности швов. Научил его этим «маленьким хитростям» блестящий оператор, главный хирург Ленинградского областного онкологического диспансера, настоящий врач – Борис Николаевич Силин, спасибо ему (рис. 115).

Ушивание культи двенадцатиперстной кишки. При резекциях желудка, в тех случаях когда язва расположена на одной из его стенок, конечно бывают трудности, обусловленные формированием периульцеральной зоны с вовлечением в процесс соседних органов, сосудов и т.д. но есть и светлый момент – нетронутая 12-перстная кишка, культю которой удается закрыть практически без особых усилий, с помощью любого стандартного «атласного» метода. У каждого хирурги свой привычный способ.

Но если язва локализована в самой 12-перстной кишке, особенно в её луковице, если хирург – убежденный бескомпромиссный «резекционист», не признающий органосохраняющих операций, способных обойти, сгладить все острые углы и избавить пациента от ненужных, а главное- неоправданных рисков, нужно быть готовым ко всему. При ушивании измененной до неузнаваемости луковицы могут возникнуть трудности, часто непреодолимые. Чем можно помочь? Советуем молодым хирургам прежде всего изучать богатейший опыт старшего поколения, при котором резекции желудка была главным и единственным методом лечения язвенной болезни, и представители которого предложили десятки методов обработки культи duodeni применительно к самым разным ситуациям. Зная о них, а главное – понимая их суть, всегда можно найти выход и в своем случае.

О резекции «на выключение» без попыток контакта с зоной возможных осложнений, написано выше. Остановимся на операциях закрытия «трудной» культи.

С чего необходимо начинать? С тщательной ревизии пилородуоденальной зоны, как говорят военные, с «оценки обстановки». Для этого необходимо использовать все имеющиеся в распоряжении хирурга средства- пальцы(идеальный инструмент), глаза, «помощь друга» – в случае необходимости пригласить в операционную эндоскописта и осмотреть органы изнутри. Необходимо определить размеры язвы, её локализацию, возможную пенетрацию в соседние органы и образования – поджелудочную железу, печеночно-двенадцатиперстную связку, желчный пузырь и др.

Крайне важно состояние передней стенки 12-перстной кишки: её податливость, эластичность, площадь неизмененных тканей – это главный пластический материал при закрытии культи. Очень полезна – и для ревизии и для последующих действий, мобилизация кишки по Кохеру. Действовать необходимо крайне осторожно – чрезмерные тракции могут привести к повреждению (отрывам, разрывам) хрупких рубцовых тканей. Клинический пример : «...больной И., 52 лет, поступил в приемное отделение с диагнозом «желудочно-ки-

шечное кровотечение » крайне тяжелой степени. А/Д 40/20, пульс нитевидный, в контакт не вступает, по зонду, введенному в желудок врачом бригады скорой помощи поступает кровь со сгустками. Немедленно направлен в операционную, начаты реанимационные мероприятия.На столе состояние ухудшилось – А/Д не определяется. Ещё до интубации хирург (один из авторов) решился на отчаянный шаг – выполнил лапаротомию без наркоза. При зрительной оценке обнаружен выраженный рубцово-инфильтративный процес в области луковицы 12-перстной кишки, через её переднюю стенку пальпируется язвенная ниша диаметром 3,0 см. При попытке легкой тракции за желудок произошел его отрыв по всему диаметру язвы, на дне которой видна пульсирующая струя крови. Тампоном и пальцами сосуд прижат – кровотечение временно остановлено. За это время начата струйная инфузионная и медикаментозная терапия, больной введен в наркоз, в течении 25 минут гемодинамика стабилизирована, операция продолжена и успешно завершена – выполнена резекция желудка. А в послеоперационном периоде – снижение активности коры головного мозга – сонливость, вялость, загруженность и др. Полное восстановление наступило через 6 месяцев. **Вывод: осторожность, осторожность и ещё раз осторожность**. Эластичность тканей в периульцеральной зоне резко снижена, отрывы весьма вероятны, а это может резко усложнить ситуацию.

После ревизии, до принятия решения, до начала резекции есть время подумать – «что делать?» (почти по Н.Г.Чернышевскому). Мы уже писали о трех возможных решениях: резекция желудка «на выключение», дренирующие желудок операции и, наконец – резекция в полном объеме.

При локализации язвы на передней стенке луковицы большинство хирургов, подчиняясь здравому смыслу, совмещают иссечение с одним из видов пилоропластики (наиболее популярна – по Финнею).

Если язва расположена на задней стенке, если она пенетрирующая, больших размеров, а хирург решается на резекцию, то вся операция сводится (по технической сложности и эмоциональному напряжению) к закрытию культи. От ее качества зависит исход – всё благополучно, или... несостоятельность, перитонит, свищ и т.д… В этом суть выбора, как тост Жени Лукашина – «думайте сами, решайте сами – иметь или не иметь». Решать хирургу.

Прежде всего – двенадцатиперстную кишку необходимо подготовить к ушиванию культи: все, что не нужно- удалить, всё, что пригодится – оставить. Работа тонкая и кропотливая. Довольно часто мешает желудок – он сковывает действия хирурга, уменьшает воз-

можности маневра, ограничивает манипуляции. Уже упоминаемый нами Б.Н.Силин поступал просто. Он пересекал желудок в поперечном направлении, как при резекции на выключение, смещал влево и кверху его основную часть и проводил препаровку в дистальном направлении приоткрытом в виде раструба в выходном отделе. Введенный в просвет палец позволяет четко ощущать все стенки – переднюю,верхнюю,нижнюю, оценить размеры и границы язвенной ниши, плотность стенок и т.д.

Первая задача хирурга – «отойти» от язвы по всей её окружности, т.е. по задней стенке 12-перстной кишки. Аккуратно надсекают язвенное кольцо по левой его дуге и осторожно, по воспалительному валу,верхний и нижний участки – до правой дуги, где язва граничит с неизменной задней стенкой duodeni. Язвенный вал нельзя при рассечении «уплощать» – он должен быть сохранен полностью,даже «укреплен» за счет рубцово измененных стенок кишки. Он очень важен – к нему подшивают избыток передней стенки, формируя второй ряд швов. **Вторая задача** – решительно, сохраняя каждый квадратный миллиметр площади, сформировать нависающий над язвой участок передней стенки duodeni – она должна быть мягкой, эластичной, без фиброзных изменений, хорошо кровоснабжаться. Ну вот – все готово. Далее…. мы советуем молодым хирургам поискать в библиотеке прекрасную монографию (атлас) И.Н.Навроцкого «Ушивание культи двенадцатиперстной кишки » (издательство «Медицина», 1972), в которой автор-хирург городской больницы в Эссентуках, скурпулезно собрал все известные в мировой литературе методы формирования культи и щедро поделился собственным опытом (400 операций). Большинство хирургов пользуются двумя основными методами, очень схожими, но по разному именуемыми – способом Nissen и способом А.А.Русанова. Они базовые, применяются чаще всего.

Операция Ниссена (1933), (цитируем по автору): ...передняя стенка кишки подшивается к аборальному краю язвы. Второй ряд швов накладывается над первым между передней поверхностью культи двенадцатиперстной кишки и проксимальным краем язвы, в результате чего дно язвы тампонируется передней стенкой кишки. Прилежащий серозный покров культи способствует заживлению язвы, а, в случае кровотечения, – гемостазу. Сверху накладывается третий этаж швов между капсулой поджелудочной железы и стенкой культи. За 2 с четвертью года этим методом оперировали 22 больных: умер один больной от кровотечения неясной этиологии. Этому больному была сделана и холецистэктомия..»

Метод А.А. Русанова (1961). Он очень похож на предыдущий, разница в нюансах подготовки к ушиванию очень, по мнению автора, важных. Кишка подготовлена описанным выше способом. Далее: острым путем отпрепаровывают слизистую оболочку на участке кишки, окружающем дистальную полукружность язвы на расстоянии хотя бы 0,5 см от края язвы. Ранее выкроенный из передней стенки лоскут подшивают отдельными швами, захватывая в них все слои стенки лоскута и края язвы, проходя под освобожденный от слизистой участок. Швы не завязывают до тех пор, пока не будет прошит весь указанный участок, контролируют хорошее сопоставление краев шва, без гофрирования передней стенки кишки. При завязывании швов лоскут своей наружной, серозной поверхностью должен плотно прилегать к лишенной слизистой оболочки противоположной стенке кишки и наружному краю язвы. По мнению автора это способствует более надежному заживлению, в этом «изюминка» методики, тот самый нюанс. Вторым этапом передняя стенка кишки, напоминающая после подшивания лоб дельфина, подшивается к медиальному краю язвы, оставшемуся на поджелудочной железе и «пломбирует» язву. Третьим этапом подшивают стенку кишки к капсуле поджелудочной железы. Во многих руководствах метод получил название – Ниссена-Русанова. Этапы операции – на рис. 116-120.

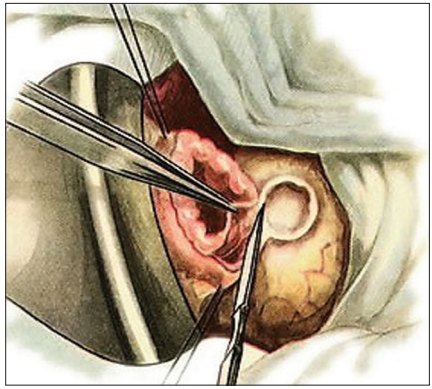


Рис. 116. **Начальный этап отсечения двенадцатиперстной кишки при низко расположенной язве, пенетрирующей в головку поджелудочной железы (по А.А. Русанову)**

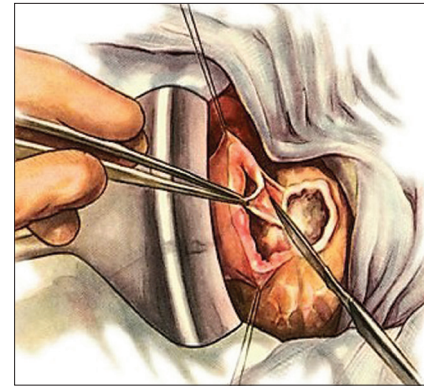


Рис. 117. **Удаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки по окружности язвы (по А.А. Русанову)**

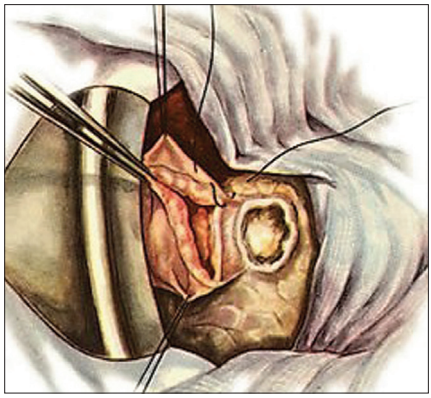


Рис. 118. **Первый шов на стенку культи двенадцатиперстной кишки (по А.А. Русанову)**

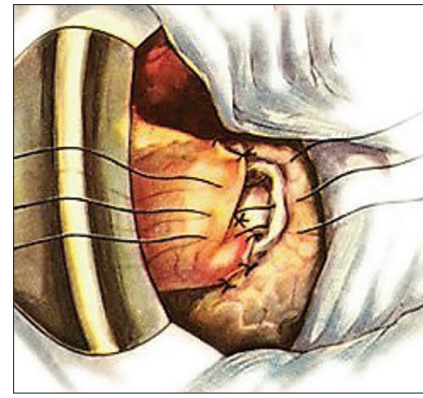


Рис. 119. **Швы на культю двенадцатиперстной кишки в области пенетрирующей язвы (по А.А. Русанову)**

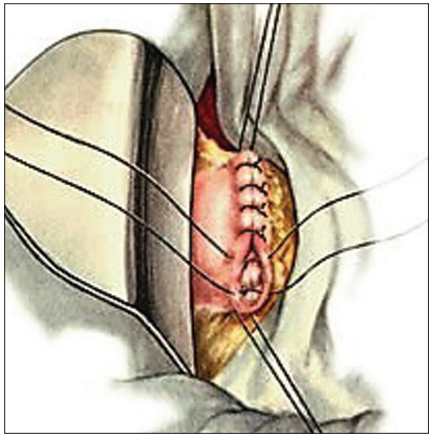


Рис. 120. **«Второй этаж» швов на культю двенадцатиперстной кишки (по А.А. Русанову)**

У И.Н.Навроцкого описано ёще 25 методик ушивания «трудной культи». На основании собственного опыта, утверждаем – в чистом виде методики применяются редко. О них,конечно, надо знать. В каждой конкретной ситуации выкройка и шов сугубо индивидуальны,часто приходится сочетать элементы различных методик, находя оптимальную для конкретного больного. Это и есть тот самый момент творчества, которым так прекрасна хирургия.

2.12. Рак желудка осложненный перфорацией и кровотечением

Вопросам неотложной онкологии – различным осложнениям опухолевого роста, требующим нестандартного хирургического лечения, посвящено достаточно монографий, вспомним хотя бы «Неотложную онкологию» С.А.Гешелина. Для «кунсткамеры» мы отобрали случай необычного течения и необычной тактики у больного с раком желудка.

Больной С., 78 лет, поступил в клинику неотложной хирургии с диагнозом –«перфоративная язва желудка » через 2 часа от появления первых клинических признаков перфорации полого органа. В приемном отделении выполнена обзорная R-графия органов живота – под левым куполом дифрагмы – свободный газ, в нижних этажах брюшной полости – выпот. Тонкая кишка не раздута, «уровней» нет. Настораживающая информация из анамнеза: синдром малых признако-снижение массы тела, аппетита, умеренные боли в епигастрии и др. В течении 1 часа проведена передоперационная подготовка, спланированная анестезиологом и кардиологом. На операции: в брюшной полости около 1 литра мутного выпота(удален электроотсосом) При ревизии на передней стенке тела желудка обнаружена блюдцеобразная опухоль диаметром около 6 см с размягчением, некрозом и перфорацией в центре (диаметром около 4 см). Показана гастрэктомия. Но возраст больного, неустойчивая гемодинамика, анемия, разлитой серозно-фибринозный перитонит и др. заставили принять другое решение. На участке перфорации выполнена коагуляция кровоточащих сосудов. Прядь большого сальника наброшена на переднюю стенку желудка и подшита по кругу к краям блюдцеобразной опухоли – перфорация временно устранена, кровотечение остановлено. Брюшная полость промыта, осушена, дренирована.

В послеоперационом периоде проводили мощную консервативную терапию, направленную на устранение негативных последствий осложнений опухоли. Решено было выполнить основной этап операции без выписки больного из стационара. Но через 15 дней у больного развилось новое осложнение, проявившееся кровавой рвотой. На экстренной гастроскопии – кровотечение из сосудов большого сальника «на дне» блюдцеобразной опухоли. На операции – хирурги не обнаружили противопоказаний к выполнению завершающего этапа – гастрэктомии, что и было сделано. На 20-е сутки после второй операции больной выписан. На рис. 121-122 – вид удаленного желудка.

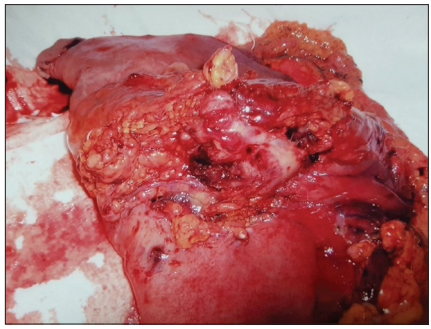


Рис. 121. **Удаленный желудок. На передней стенке – подшитый к зоне перфорации большой сальник.**

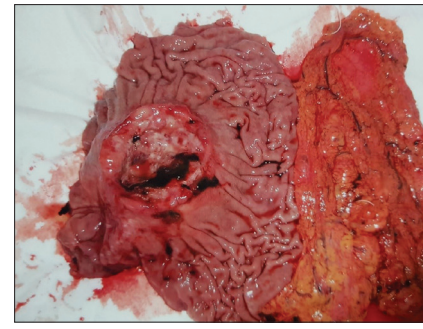


Рис. 122. **Удаленный желудок, вид со стороны слизистой: сгустки на кровоточащих сосудах подшитого большого сальника**

Случай демонстрирует тот факт, что в любой ситуации можно найти выход и успешно разрешить проблему.

2.13. Sprungmetastasen при раке желудка

Старые немецкие авторы использовали этот термин («перескакивающие» метастазы) для обозначения эмболических внутристеночних метастазов, развивающихся вдали от первичного очага в послеоперационном периоде. Их причина-общая, мощная сеть внутристеночных лимфатических сосудов, разносящая отдельные раковые клетки и их комплексы не только за пределы органа, но и в самом органе.

Клинический пример. Больная Н., 36 лет, военнослужащая, оперирована по поводу рака выходного отдела желудка (перстневидно-клеточная аденокарцинома). Выполнена субтотальная резекция желудка по Бильрот 2 в модификации Гофмейстера – Финстерера на короткий петле, Д2.После выписки проходила регулярное обследование в условиях поликлиники(УЗИ, ФГС, лабораторные иследования и др.) Через 1,5 года при очередном обследовании предъявила жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита и веса. При стандартном уже обследовании признаков рецидива опухоли не выявлено, обратилась к оперировавшему хирургу. При эндосонографии культи желудка, при совершенно неизменной слизистой желудка, нормальной линии гастроэнтероанастомоза выявлена опухоль в области дна желудка, растущая из подслизисто-

го слоя в сторону ворот селезенки. Больная оперирована повторно. Обнаружен метастаз опухоли в области дна, растущий в полость живота, заполняющий все пространство между селезенкой и культей желудка, без деформации последней. Выполнена екстирпация культи желудка с формированием эзофагоеюноанастомоза по Ру. На рис. 123 представлен препарат удаленной культи желудка. Как видно, направление роста метастаза – из подслизистого слоя, через мышечную оболочку к серозной и далее. Мы расценили это как Sprungmetastasen. В нашей практике это единственный случай подобного метастазирования. Помогла эндосонография.

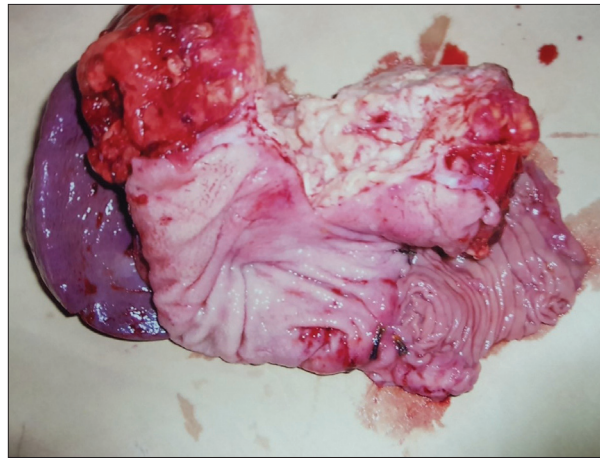


Рис. 123. **Операционный «препарат» больной Н.: слизистая культи, тощей кишки, зона анастомоза без изменений; метастаз в области дна, растущий в сторону селезенки из подслизистого слоя.**

ГЛАВА 3.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

3.1. Дивертикулы тонкой кишки

Достаточно редкое заболевание. Дивертикулы тонкой кишки бывают врожденными и приобретенными. Последние обычно образуются в местах проникновения сосудов через продольные и циркулярные мышцы кишечной стенки. Врожденные дивертикулы, как правило, с сосудами связи не имеют. Чаще всего дивертикулы располагаются в тощей кишке. Диагностика зависит прежде всего от размеров. Мелкие(до 0,5 см в диаметре) протекают бессимптомно и при энтерографии их визуально обнаружить не представляется возможным. Хирурги встречаются с ними при лапаротомиях, выполненых либо по поводу их осложнений (кровотечение, перфорации, флегмоны и т.д.), либо во время ревизии, сопровождающей большинство вмешательств на брюшной полости, в качестве своеобразного сюрприза, находки. Бессимптомные,мелкие, неосложненные дивертикулы, как правило, не трогают. В этих случаях главное – предупредить об их наличии пациента и сделать четкую запись в выписных документах – информация для иных медицинских ситуаций. Осложненные дивертикулы, ставшие причиной срочной операции, подлежат радикальному лечению. Простое их ушивание или резекция одного из них к полному выздоровлению не приво-



Рис. 124. **Неосложненный дивертикул тонкой кишки.**



Рис. 125. **Флегмонозный дивертикулит**

дят, оставлять слабое место, уже приведшее к осложнению нельзя. Во всех наших случаях мы выполняли резекцию пораженного участка тонкой кишки с формированием анастомоза по соответствующей ситуации методике.

Осложнений и рецидивов не было. На рис. 124-125 представлены дивертикулы тонкой кишки – неосложненные и с развившийся флегмоной стенки и перитонитом.

3.2. Острая инвагинационная кишечная непроходимость тонкой кишки

Жаль, что современные хирурги недостаточно читают книги, все что знают, черпают из интернета в виде полусправочных материалов, утратили вкус к книге, к запаху её страниц, к нормальному, человеческому языку наших учителей. Таблицы, таблицы, таблицы и… межтабличный текст. Почему-то авторы припасли эмоции к разделу, посвященному инвагинации. Видимо всплыли в памяти фрагменты разделов из старых руководств, и то, как выражались хирурги в прежние времена.

Например: в 1922 врач из провинциального французского Бреста прислал свои данные о 14 случаях хирургического лечения детей с инвагинацией (11 выздоровлений). А вот выступления в прениях (сравните с нынешними): профессор Vean – «..я преклоняюсь перед врачом, перед точностью его диагнозов, перед его неоспоримым авторитетом… роль врача чрезвычайно важна ; чем больше он уверен в диагнозе, тем с большим авторитетом он будет действовать и говорить… внедрение кишки – очень опасная болезнь, и в этих случаях, особенно неотложных, врач должен немедленно принять решение … если врач хоть однажды уже видел это заболевание, он больше никогда не ошибется…».

К сожалению, или к счастью, большинство наших хирургов никогда не встречались с этим грозным заболеванием, неадекватно оценивают ситуацию, поздно принимают решение на операцию.

Так что же происходит при инвагинации, по старому – внедрении кишок?

Под инвагинацией подразумевают внедрение определенного участка кишки в просвет расположенной дистальнее от нее кишечной петли. Это клиническое определение. Но оно неточное. В литературе описаны случаи и так называемого ретроградного внедрения, когда по каким-то причинам приводящая петля, более широкая

по диаметру, чем дистальная «наезжает» на последнюю и мощно, плотно её удерживает в своем просвете. И в том и другом случае инвагинированная кишка приводит к стойкому закрытию просвета и создает механический компонент полной непроходимости, а ущемленная брыжейка со сдавленными сосудами приводит к нарушению кровоснабжения инвагината и его некрозу. Таким образом, инвагинация – классический пример смешанной кишечной непроходимости. Это определяет и суть сдвигов в организме и выраженность и перечень клинических проявлений. Во-первых: очень быстро появляется мощной источник эндогенной интоксикации – некротизированння инвагинированная кишка. Во-вторых : постепенно равивается механическая обструктивная тонкокишечная непроходимость, основным проявлением которой также является эндотоксикоз, но, по клиническим проявлениям, более растянутый по времени. К сожалению, взаимодействие этих признаков заключается во взаимном отягощении, что значительно ухудшает состояние пациента и прогноз.

Начало инвагинации всегда внезапное. Как правило никаких предвестников выявить не удается. Первый симптом – боли. Они резкие, схваткообразные, приводят пациента «в ужас», заставляют стонать, даже кричать, искать вынужденное положение. Боли могут стихнуть, но очень быстро возвращаются вновь. Возможна рефлекторная рвота. Далее развивается, но уже на фоне описаной первичной реакции, клиника механической кишечной непроходимости. Её скорость и выраженность определяется уровнем инвагинации. Очень важный признак- обильное кишечное кровотечение, источник- омертвевший инвагинат.

Что же провоцирует инвагинацию? С чего вдруг одна кишка входит в просвет другой,или в одной кишке один сегмент перемещается в такой же другой? Теорий больше, чем клических случаев в практике большинства хирургов. Основные из них- спастическая, паралитическая и механическая. Их обьединяет один механизм –нарушения перистальтики отдельных участков тонкой кишки, её неравномерность, чередование (одновременное) спазмов и расслаблений. При этом спазмированный участок при усилении перистальтики внедряется в просвет расслабленного, расположенного вслед за ним, дистальнее. Этому могут способствовать и механические факторы, увлекающие в просвет кишку – опухоли, дивертикулы, безоары, желчные камни, клубок аскарид и т.д. Так всё это, или нет – хирургу в отделение не столь уж важно. Перед ним стоит несколь-

ко задач – вовремя поставить диагноз, определить показания к операции и грамотно её выполнить.

Диагноз позволяет установить тщательный анализ клинических данных – сочетание проявлений странгуляции и нарастающей механической непроходимости. Крайне тревожный симптом – кровь в стуле, признак наступившего некроза инвагината. Быстрый, хорошо продуманный комплекс инструментальных иследований – как при острой кишечной непроходимости. И, конечно, операция,во время которой диагноз уже больших сложностей не представляет. Участки кишки извлекают из брюшной полости, отгораживают влажными тампонами и пытаются выполнить дезинвагинацию. Ни в коем случае нельзя вытаскивать внедрившуюся кишку – если она некротизирована (а этого не видно), то легко может порваться, последствия крайне неприятны. Инвагинат легкими, масирующими движениями, без насилия необходимо **выдавливать** в противоположном направлении. Это можно сделать только в ранние сроки от начала заболевания. Если срок достаточный (двое суток и более), то выполнить это вряд ли удается – помешает отек, некроз, сращения. В случае успеха, необходимо оценить жизнеспособность извлеченной кишки. Внешне она почти всегда изменена: отечна, синюшной окраски с множественными кровоизлияниями, не сокращается. Если после согревания, инфильтрации брыжейки 0,25 % раствором новокаина внешний вид её не изменился, перистальтика не восстановилась – показана резекция. При неудачной попытке дезинвагинации, или если при её проведении «показался» участок омертвевшей кишки – весь комплекс инвагината необходимо резецировать с разделением инвагината в предоперационной, при изучении «препарата». Отдельные варианты инвагинаций представлены на рис. 126-130.

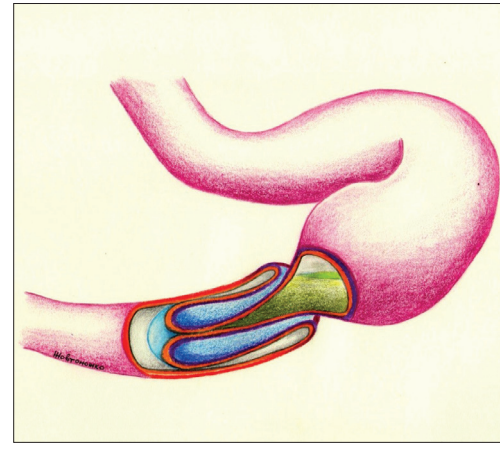


Рис. 126. **Тонко-тонкокишечная инвагинация. (По Ю.Ф. Исакову)**

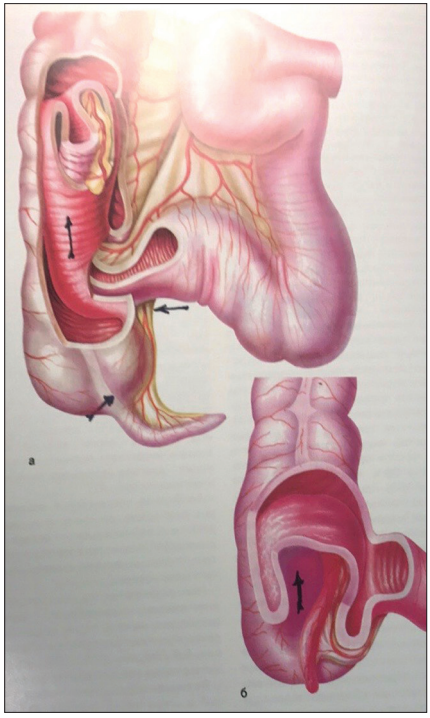


Рис. 127. **а) – инвагинация тонкой кишки в восходящую; б) – инвагинация слепой кишки в восходящую.**

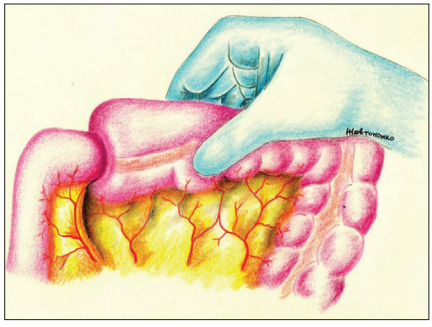


Рис. 129. **Выдавливание инвагината из толстой кишки**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

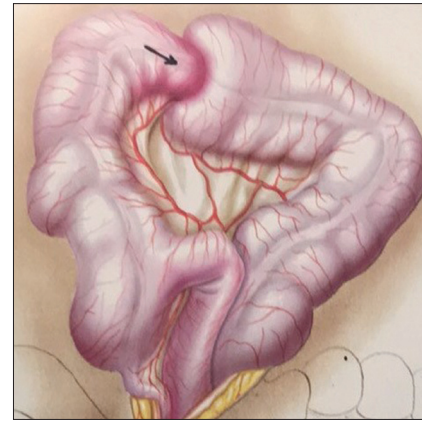


Рис. 128. **Инвагинация толстой кишки в толстую.**
(Рис. Жовтоножка А.И.)



Рис. 130. **Участок резецированной кишки с тонко-тонкокишечным инвагитатом**

Особые трудности возникают при инвагинации подвздошной кишки в слепую при некрозе инваганата. Во-первых: при резекции для формирования анастомоза недостает важного компонента – терминального отдела подвздошной кишки. Во-вторых: при тромбозе a.ileocolica часто наступает некроз слепой и части восходящей кишки. В таких случаях выполняют правостороннюю гемиколэктомию. Если слепая кишка жизнеспособна – возможна операция Grob. После мобилизации слепой и части восходящей кишки инвагинационный комплекс выводят в рану, отгораживают тампонами. Внедренная подвздошная кишка циркулярно подшивается отдельными серозно-мышечными швами к воспринимающей её слепой кишке. На передней стенке слепой кишки, по её передней теннии, выполняется разрез длиной 3-4 см (при необходимости и более), через который инвагинат осторожно выводят наружу. Всё это выполняют под страховкой постоянно включенного электроотсоса – «чистота залог здоровья»; все содержимое из кишки должно удаляться. На расстоянии 1-1,5 см от инвагинационных ворот, в пределах жизнеспособных тканей производится резекция некротизированного инвагината. Тщательный гемостаз. Узловыми швами, через все слои, формируют круговой анастомоз между здоровыми концами воспринимающей и внедренной кишок. Через него в повздовшную кишку вводят разгрузочной зонд, производят аспирацию содержимого – выполняют декомпрессию. Разрез на стенке слепой кишки ушивают двухрядным серозно-мышечным швами (до зонда), фиксируют кишку к париентальной брюшине в правой подвздошной области, где формируют цекостому. На 4-5 сутки зонд удаляют. Цекостома заживает самостоятельно (рис131-135).



Рис. 131. **Инвагинация подвздошной кишки в слепую кишку** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

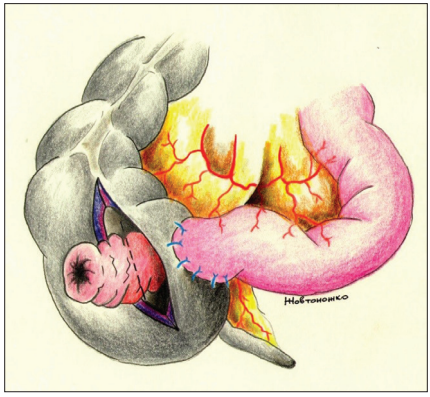


Рис. 132. **Операция Grob. Подшивание по окружности подвздошной кишки к слепой с выведением инвагината наружу через разрез в слепой кишке (I этап операции)** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

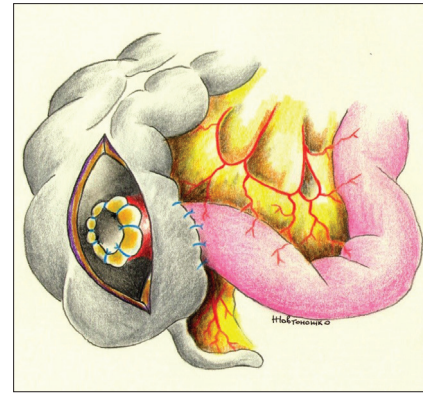


Рис. 133. **Операция Grob. Формирование межкишечного анастомоза внутри слепой кишки (II этап операции)** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

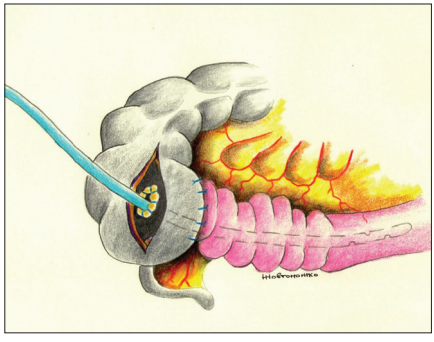


Рис. 134. **Операция Grob. Через межкишечный анастомоз введен разгрузочный зонд для декомпрессии подвздошной кишки (III этап операции)** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

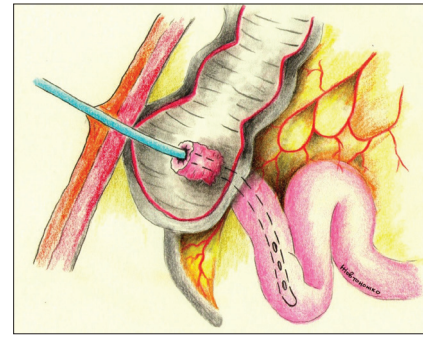


Рис. 135. **Операция Grob. Окончательный вид операции, дренирование подвздошной кишки (IV этап операции)** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

Наш материал – всего 12 случаев инвагинации тонкой кишки в тонкую и 3 случая инвагинации подвздошной в слепую. Лишь в двух случаях кишка была признана жизнеспособной. В 10 случаях выполнена резекция тонкой кишки, в двух- операция Grob, в одном – правосторонняя гемиколектомия. Умерла 1 больная. Проводим краткое описание: **больная С.,40 лет**, поступила на 5-е сутки от начала заболевания с диагнозом: разлитой гнойный перитонит (возможно аппендикулярного происхождения), токсическая фаза. Находилась на отдыхе за границей, где внезапно почувствовала сильнейшие боли в правой подвздошной области, была обильная рвота. От госпитализации отказалась – срок путевки заканчивался ; «переждала» ситуацию в номере отеля. В приемное отделение поступила прямо из аэропорта. После подготовки взята в операционную. В брюшной полости – около 1,5 литров зловонного гноя (удален отсосом). При ревизии выявлена некротизированная слепая кишка, содержащая инвагинат подвздошной кишки. Чрез прокол в подвздошной кишке выполнено удаление содержимого из резко растянутых и переполненных петель тонкой кишки. Аккуратно проведена мобилизация слепой, восходящей и части поперечно-ободочной кишки, произведена правосторонняя гемиколэктомия. Сформирован илео-трансверзоанастомоз по типу «бок-в-бок». Тонкая кишка интубирована назо-энтеральним зондом. Брюшная полость промыта, осушена дренирована, рана зашита наглухо. Препарат: некротизированная слепая кишка и 5 см восходящей; в просвете- омертвевший инвагинат подвздошной кишки длиной 10 см. Смерть наступила через 6 часов после операции на фоне септического шока.

Таким образом, вывод: об инвагинациях необходимо помнить. Залог успеха – ранняя диагностика и своевременная операция.

3.3. О резекции подвздошной кишки вблизи илеоцекального угла

В разделе об инвагинациях мы упомянули о трудностях хирургии при внедрении подвздошной кишки в слепую из-за особенностей кровоснабжения илео-цекального угла. Они возникают и в других ситуациях, связанных с необходимостью резекции и формирования анастомоза в этой области. При неадекватной оценке вариантов сосудистой сети возможны осложнения – несостоятельности швов, некрозы кишки и т.д. Хирурги по разному выходят из

этой ситуации. Одни – не рискуют. Культю подвздошной кишки (проблемы начинаются при её длине 10 и меньше сантиметров) заглушают и формируют илио-трансверзоанастомоз, оставляя отключенной всю правую половину ободочной кишки, превращая её в слепой мешок, наполненный весьма сомнительным содержимым, что призводит к энтеритам, энтероколитам, интоксикации вследствие резорбции, изьязвлениям слизистой, кровотечениям, перфорациям. Образующиеся вследствии застоя каловые камни также могут привести к осложнениям и пролежням, некрозам, перфорациям. Мы категорически против такого варианта решения проблемы, уж лучше выполнить правостороннюю гемиколэктомию сразу, чем впоследствии на фоне перечисленных выше ситуаций.

Другие хирурги во что бы ни стало стремятся к формированию анастомоза с оставшимся отрезком подвздошной кишки, но когда он составляет всего 2-4 см – и они «пасуют». Всё дело в отсутствии в распоряжении большинства хирургов методов объективной оценки кровоснабжения терминального отдела подзвдошной кишки. Кроме того, они мало осведомлены об особенностях кровоснабжения этого отдела кишечника, знают только, что это a.ileocolica, ветвь верхней брыжеечной артерии. На кафедре хирургии для усовершествования врачей Военно-медицинской академии в Санкт-Петербурге (родной кафедре одного из авторов) профессор Л.С.Серова провела скурпулезное изучение вариантов строения артериальных сосудов, в этой зоне. Она описала три основных варианта архитектоники артерий, питающих терминальный отдел подвздошной кишки. Прежде всего – все артерии терминального отдела подвздошной кишки, и значительной части ободочной – это ветви верхне-брыжеечной артерии. В области илеоцекального угла сходятся артерии от a.colica media и правой толстокишечной артериии и терминальной ветви верхне-брыжеечной артерии – a.ileocolica. От того, каким образом анастомозируют эти сосуды, насколько эффективно они поддерживают друга зависит внутристеночный кровоток терминального отдела подвздошной кишки. Варианты, описанные Л.С.Серовой, представлены на рис. 136-138.

Изучение внутристеночных сосудов выявило их разветвленную многоуровневую сеть с многочисленными анастомозами в каждой из оболочек стенки кишки. Эта внутриорганная сеть одинакова во всех отделах подвздошной кишки, не зависит от архитектоники внеорганных сосудов.

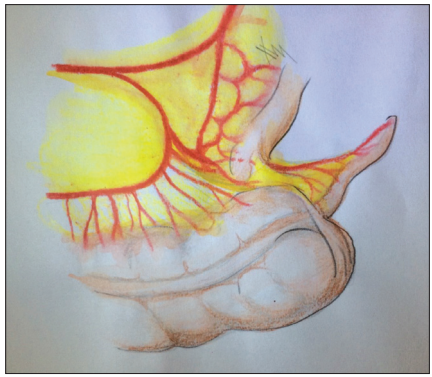


Рис. 136. **Вариант 1.**
1 – верхнебрыжеечная артерия;
2 – подвздошно-ободочная артерия;
3,4 – анастомозы, усиливающие кровоснабжение илео-цекального угла.



Рис. 137. **Вариант 2.**
1 – верхнебрыжеечная артерия; 2 – подвздошно-ободочная артерия; 3 – аркады между конечными ветвями верхне-брыжеечной артерии и подвздошно-ободочной артерий; 4 – прямые сосуды, идущие к кишке.



Рис. 138. **Вариант 3.**
1 – верхнебрыжеечная артерия;
2 – подвздошно-ободочная артерия; 3 – анатомическая дуга между конечными ветвями верхне-брыжеечной артерии и подвздошно-ободочной артерий; 4 – множественные аркады и короткие сосуды.

Вывод прост – при выполнении резекций кишки в этой области необходимо бережно относиться к артериальным стволам используя, например, подсветку брыжейки (трансиллюминацию). Кроме того, перед принятием решения о формировании анастомоза полезно оценить адекватность кровоснабжения в культе. Л.С.Серова использовала с этой целью ангиотензометрию по З.М.Сигалу (1971). При величине артериального давления в интрамуральных сосудах, равном 40 мм.рт.ст. и выше, несостоятельность швов анастомоза мало вероятна. Из 42-х больных у 2-х соустье сформировано в 1-2 см от слепой кишки, у 7 – в 3-4 см, у 18-

в 5-7 см, и у 15- в 8-10 см. Случаи несостоятельности зафиксированы у 2-х пациентов. Хирург должен принимать решения в каждом конкретном случае: оценить все «за» и «против» – от анатомических особенностей до общего состояния в брюшной полости (ОКН, перитонит) и уровня эндотоксикоза.

3.4. Спайки. Энтеролиз

Спайки. Настоящий бич как для хирургов, так и для больных. Практически вся история неотложной абдоминальной хирургии – это история борьбы со спайками. Одни хирурги бьются над проблемой их профилактики, другие – над последствиями их наличия, присутствия. Львиная доля всех непроходимостей – спаечного происхождения. Время от времени появляются обнадеживающие сообщения об успехах профилактической работы: чего только не предлагали и будут ещё предлагать – от 0,25% раствора новокаина до сложных, многокомпонентных рецептур. Успехи пока только на бумаге. А в жизни ежедневно сотни хирургов героически преодолевают последствия спаечных процессов, но летальность в этой борьбе пока существенно не снижается.

О спайках. Ни для кого не секрет, что подавляющее большинство из них ятрогенного происхождения, т.е., они – результат действий хирурга во время первой (или первичной) операции. Вывод один – при любой операции к тканям необходимо относиться с уважением, бережно. Любые повреждения, «макро»-, «микро»-инструментами, сухими тампонами, длительным пребыванием петель кишки вне брюшной полости и т.д., – всё приводит к местному воспалению с последующим образованием спаек. В отдаленном периоде они могут создать проблемы для хирурга в двух основных ситуациях: а) при операциях по поводу вновь возникших, не связанных со спайками заболеваниях; б) при операциях по поводу осложнений спаечного процесса, главным образом – острой спаечной непроходимости – как механической, так и странгуляционной, и смешанной. И в том и другом случае они могут создать большие интраоперационные проблемы, преодоление которых по времени и по трудностям может составить конкуренцию основному заболеванию. В этом разделе мы остановимся на технических аспектах оперирования при спайках.

Прежде всего – где и как войти в брюшную полость? Каждый раз это происходит по разному. У одних больных, даже после очень обширных и травматичных операций, выполненных на фоне разли-

того гнойного перитонита и других осложнений, при тяжелых огнестрельных ранениях, повторные вхождения в брюшную полость не составляет никаких трудностей. Одна – две спайки, свободное расположение органов – ничего!

У других проблемы начинаются уже на этом этапе. После иссечения послеоперационного рубца начинается долгий поиск «окна», через которое можно проникнуть в полость живота. Мешают мощные, плотные сращения сальника, петель тонкой кишки, ободочной кишки с передней брюшной стенкой. Самые неглубокие надрезы скальпелем могут привести либо к кровотечению, либо к проникновению в полый орган. Как правило, всё это наблюдается в проекции старого разреза, вдоль всей линии рубца. Выход один – спустится ниже, уйти в сторону, кверху. При этом необходимо действовать спокойно, уверенно, не считаясь со временем. Как правило, войти в свободную брюшную полость удается, продлив разрез книзу.

В этом случае много предпочтительнее спокойные руки «медленного» хирурга, чем лихого «ковбоя»

М.Шайн.

Получив доступ, «открыв окно», используя его, необходимо аккуратно отделить органы брюшной полости от брюшины передней брюшной стенки. Лучший инструмент для этого – пальцы хирурга.

И снова идут от свободного пространства к сращениям, от боковых отделов передней брюшной стенки к срединным, где сращение наиболее прочные. Как правило, это разделение происходит «тупым» путем. Для выполнения этого этапа операции также необходимо время и аккуратность.

Освободив переднюю брюшную стенку, устанавливают раноразширитель, брюшная полость становится доступной ревизии и хирургическим манипуляциям.

Далее все зависит от заболевания, по поводу которого предпринимается вмешательство, целей операции, местоположения главного объекта. Условно брюшную полость принято делить на два этажа – верхний и нижний. Разделяет их поперечно-ободочная кишка. Выше неё – печень, селезенка, желудок или его культя, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки, поджелудочная железа, почки. Ниже – кишечник, мочевой пузырь, женские половые органы. После первичной операции, даже в условиях спаечного процесса, произошла адаптация, «притирка» органов, организму удалось решить главную задачу

– обеспечить эвакуацию, пассаж содержимого по кишечнику. Если повторная операция проводится по поводу острой кишечной непроходимости, т.е. когда эта адаптация нарушена, возникло препятствие – его, естественно, необходимо найти и устранить. Если повод для вмешательства – заболевания органов верхнего этажа живота, а процессы эвакуации не нарушены – вмешиваться в них, разрушать созданное организмом и прошедшее проверку временем – ошибка.

Адгеолизис всей тонкой кишки не требуется, поскольку я верю в то, что кишка удерживается в «открытом состоянии» этими хроническими спайками.

Т. Фабиан

Наиболее трудная ситуация при спаечной непроходимости. Правда и здесь бывают «счастливые» ситуации – одна-две спайки в виде тяжа, так называемые «штранги». Два движения ножницами и проблема решена. При массивном, тотальном процессе всё иначе. В тактическом плане одни хирурги предпочитают найти место препятствия, устранить его, а остальное не трогать. Другие, ввязавшись в процесс энтеролиза, шаг за шагом продвигаются по кишке от илеоцекального угла, пока не достигнут связки Трейца. И так поступают всегда, не останавливаясь. Это их принципиальная позиция. Истина, как всегда – посередине. Сделав шаг, необходимо остановиться и осмотреться. Если во время этой сложной операции последовательно выявляются участки расширенной и спавшейся кишки «двустволки», неполные завороты и т.д., определить тот самый рубеж, ту самую спайку очень сложно. Адгеолизис в такой ситуации необходимо продолжать. Но бывает ещё более сложная ситуация. На пути хирурга встречается конгломерат из 2-3 петель с хрящевидными спайками, рубцовой деформацией стенки кишки, рубцово-измененной брыжейкой, разделение крайне опасно-необходимо остановиться. Максимально освободить кишку снизу (до конгломерата), затем – сверху (от Трейца) и конгломерат резецировать.

То что мы написали выше – это хирургическая стратегия при операциях у больных со спайками в брюшной полости. Но эту стратегию необходимо реализовать с помощью тактических приёмов, т.е. хирургической техники. Как это делать? Прежде всего – быть готовым ко всему многообразию вариантов спаечного процесса. У одного больного одновременно они могут быть рыхлыми, паутинообразными ; в виде отдельных соединительнотканных тяжей

разной длины и толщины; хрящеподобной плотности. Расположение петель тонкой кишки, как правило, хаотичное. Они могут быть сращены между собой, припаяны к собственной брыжейке, ротированы и зафиксированы по оси кишечной трубки. Все варианты перечислить невозможно, двух одинаковых не бывает. Как действовать в этой ситуации хирургу, с чего начать? Прежде всего – ни в коем случае не «врубаться » в эпицентр спаек, в место их наибольшего скопления. Необходимо найти свободную петлю или петли (чаще всего снизу от илеоцекального угла) и постепенно, шаг за шагом продвигаться в проксимальном направлении- к связке Трейца, освобождая кишку от сращений. Как правило, самые мощные сращения находятся в области кишечной стенки, более податливые – между листами брыжейки. Этим надо пользоваться – разделяя пальцами, тупферами брыжейку, поднимаясь по ней к стенке, где уже можно применять и режущие инструменты – ножницы. Очень полезна гидропрепаровка – «в слой», под давлением «накачать» 0,25% раствор новокаина, он очень хорошо раздвигает ткани, увеличивает их объем, дает простор для пальцев или ножниц. Главное – стараться не повредить стенку кишки.

Лучше оставить кусочек брюшины на кишке, чем кусочек кишки на брюшине.

С.Саджа.

Помни: желая помочь – не навреди.

Овидий.

Если не удается легко найти свободную петлю кишки, от которой «начинается танец», можно попытаться выделить в конгломерате более или менее подвижную петлю, и от нее начинать адгеолизис вначале в проксимальном, а затем в дистальном направлении.

При такой сложной операции, к сожалению, без потерь, не обойтись: появляются участки десерозации, при повреждении мышечного слоя – выбухающая слизистая, может быть вскрыт и просвет кишки. Все они должны быть аккуратно, без грубых деформаций, без создания препятствий для пассажа, ушиты. Лучше пользоваться атравматикой.

Часто внешний вид освобожденной таким образом тонкой кишки приводит хирурга в отчаяние. В памяти всплывет закон абдоми-

нальной хирургии –«.. на одну рассеченную спайку образуется две новых…». Если их уже было столько, то сколько же ещё будет? Что дальше? Продолжать операцию. Прежде всего – только что освобожденную кишку тщательно ревизовать – от связки Трейца до илеоцекального угла(или наоборот): оценить жизнеспособность, интраоперационные повреждения, места деформации и сужений и т.д. Всё, что может создать проблемы в послеоперационном периоде, необходимо устранить – от ушиваний до резекции.

О том, что делать с кишкой для профилактики неминуемого пареза, ранней спаечной непроходимости и др., мы напишем в следующем разделе.

Работа со спайками и сращениями в верхнем этаже брюшной полости выполняется при проведении плановых и екстренных вмешательств (часто повторных) на желудке, желчном пузыре и т.д…

В этих случаях также может случиться непростая ситуация. Очень часто после первичных холецистэктомий, пилоропластик с ваготомией, резекций желудка и т.д. все органы верхнего этажа брюшной полости спаяны в единый конгломерат, разделять который нелегко. Органам, которые в него попали, только предстоит стать объектом оперативного вмешательства, их максимально возможное сохранение крайне важно, «любая цена» за их свободу неуместна.

При высвобождении желчного пузыря или внепеченочных желчных протоков целесообразно начать разделение спаек и сращений от правого бокового канала и нижнего края правой доли печени. Наиболее прочные сращения идут по краю печени, поэтому очень важно проникнуть ладонью в пространство между ободочной кишкой, её брыжейкой и нижней поверхностью правой доли. Здесь сращения, как правило, удается разделить тупо. Поможет гидропрепаровка. Хрящевидные сращения приходится рассекать, предварительно «разрыхлив» их нагнетанием новокаина. Так постепенно, осторожно удается освободить подпечененочное пространство.

При высвобождение желудка крайне важно не повредить его. Для этого необходимо четко ориентироваться в топографии органа – его стенок, контуров. Поможет этому эндоскопическая ассистенция – роздутый воздухом желудок, ярко освещенный изнутри прекрасно виден во всех его отделах, что очень помогает хирургу. Кроме того, при малейшем повреждении нарушается герметизм, воздух начнет выходить наружу, что не заметить невозможно. Можно воспользоваться введенным в просвет желудка толстым зондом – он служит прекрасным ориентиром, смещая его вдоль

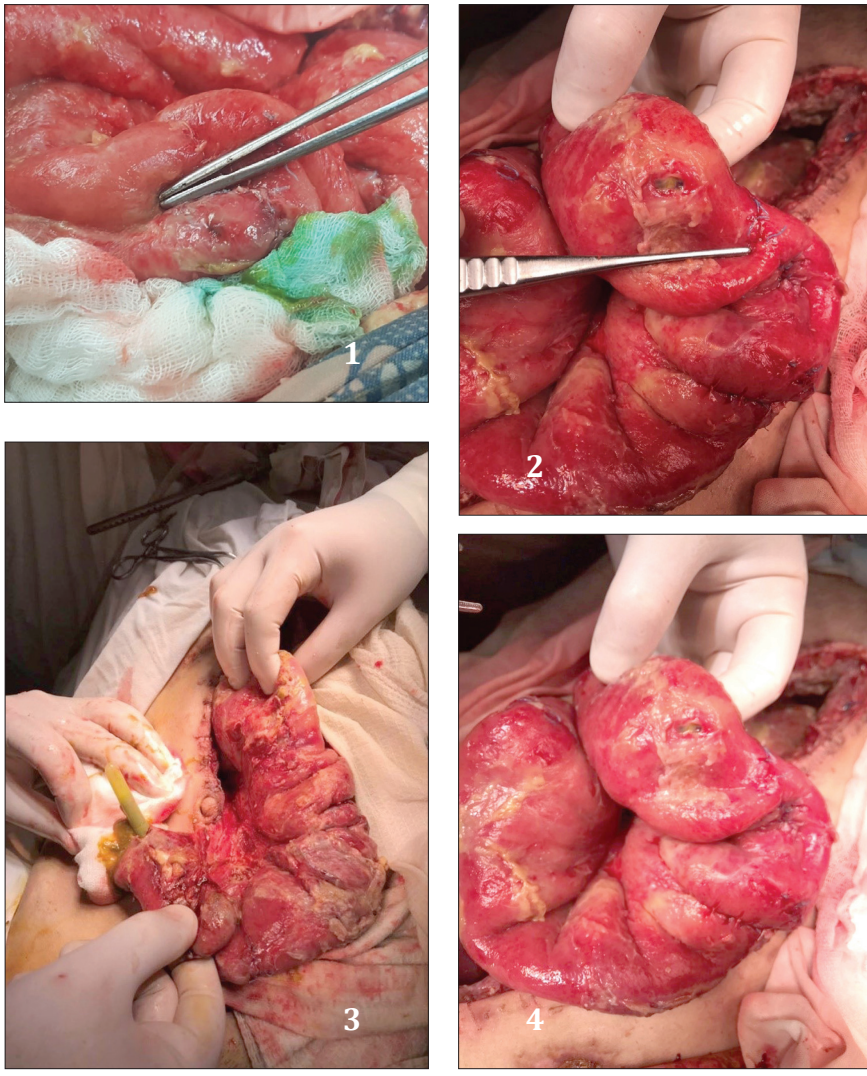


Рис. 139. **Различные моменты энтеролиза.**

стенок, можно получить полное представление о местоположении малой и большой кривизны, привратника, луковицы 12-перстной кишки. Необходимо проявлять фантазию, находчивость и .... ещё раз – осторожность.

Таким образом, разделение спаек в брюшной полости – занятие кропотливое, требующее времени, аккуратности, высокого уровня хирургической техники. Главное – держаться в рамках необходимого, делая только то, что требует ситуация, руководствоваться не азартом, а здравым смыслом.

Последствия тотального энтеролиза, выполненного без показаний, представлены на рис. 139: множественные рецидивные спайки, разлитой перитонит, перфорации острых язв.

3.5. Методы интубации тонкой кишки

Как мы уже писали, очень часто внешний вид тонкой кишки после обширного, тотального энтеролиза приводят хирурга в отчаяние. Вопрос – чем завершить операцию, как предохранить пострадавшую кишку от грозящих ей неприятностей – пареза (паралича), образования острых язв, рецидива спаек и т.д.? В таких случаях мы прибегаем к интубации тонкой кишки на всём протяжении. У этого метода есть убежденные сторонники, но есть и яростные противники. Нам хорошо известны и те и другие. Мнение первых основано на длительном опыте его применения в самых разных ситуациях – при разлитом гнойном перитоните, острой кишечной непроходимости, огнестрельных ранениях и т.д. Опыт положительный, спасены тысячи жизней. Противники, в большинстве своём, не имеющие такого опыта, или имеющие негативный, связанный, мягко говоря, с некорректным его использованием, как правило, ничем свои аргументы не подтверждают. Для хирургии это традиционная ситуация – деление на «лагеря». К примеру: сторонники резекции желудка и органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; сторонники формирования анастомоза на кишечнике по типу «конец –в – конец» и «бок-в-бок»; сторонники классической резекции желудка и почитатели кишечных анастомозов по Я.Д. Витебскому и т.д. Самая известная история была рассказана Д.Свифтом в повести о Гулливере: между лилипутами шла непримиримая кровавая война из-за непреодолимого спора – с какой стороны разбивать сваренное яйцо – с тупого или острого.

Так что же дает тотальная интубация тонкой кишки после тотального же энтеролиза в условиях острой кишечной непроходимости или даже перитонита. Она решает следующие задачи:

– выполняет декомпрессию тонкой кишки при неминуемом посттравматическом парезе и параличе;

– удаляет токсичное кишечное содержимое;

– дает возможность проводить активную энтеральную терапию;

– обеспечивает раннее энтеральное питание;

– создаёт тонкокишечный «каркас», препятствующий развитию ранней послеоперационной спаечной непроходимости;

– предупреждает в связи с перечисленным выше перфорации, несостоятельности и т.д.

Таким образом, во многом, после энтеролиза, предназначение метода – профилактика осложнений. Если они разовьются, то придётся делать то же, но в совершенно других условиях.

Применяются различные методы интубации тонкой кишки: введение зонда ретроградно – по И.Д.Житнюку; через цекостому; антеградно – с помощью назогастрального зонда или по Дедереру. Выбор за хирургом (рис. 140-143).

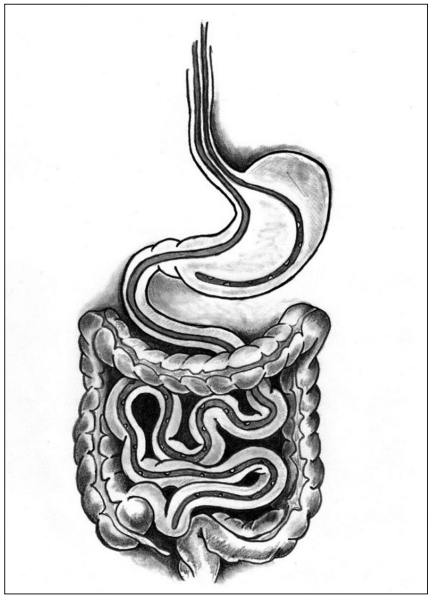


Рис. 140. **Назоэзофагогастро-интестинальная интубация тонкой кишки**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

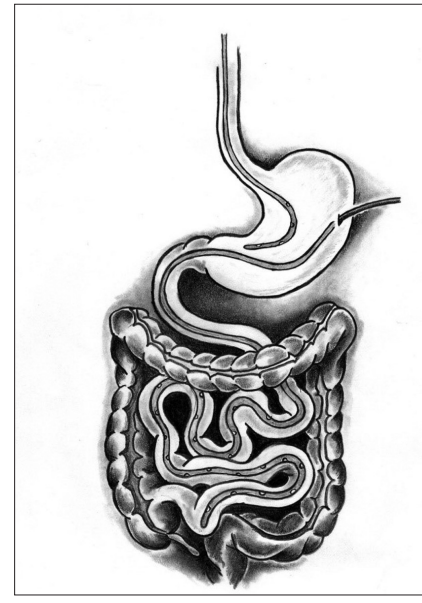


Рис. 141. **Интубация тонкой кишки по Ю.М. Дедереру**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

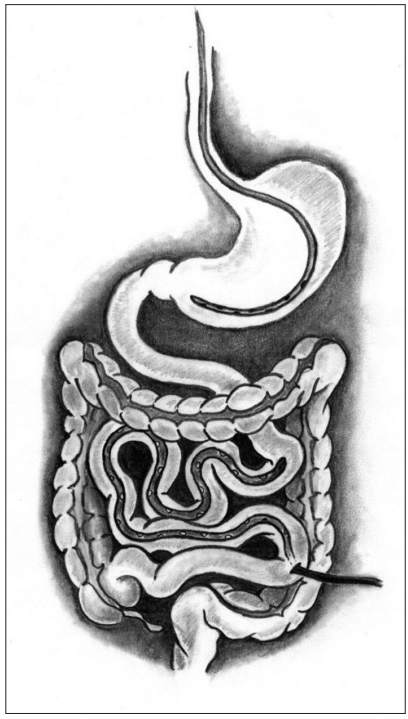


Рис. 142. **Интубация тонкой кишки по И.Д. Житнюку**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

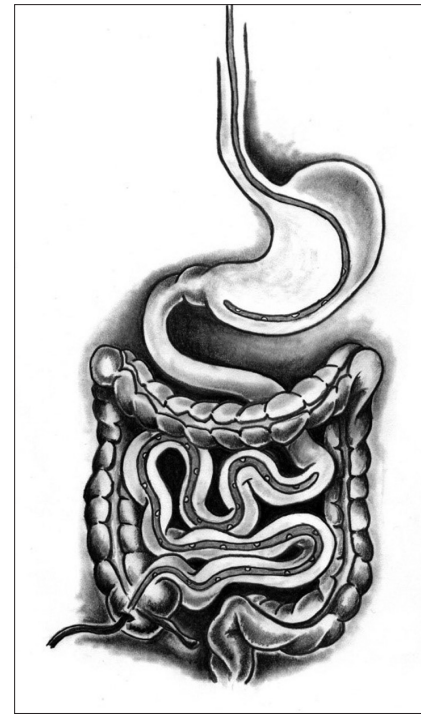


Рис. 143. **Интубация тонкой кишки через цекостому**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

Послеоперационное ведение больных с энтеростомами имеет свои особенности. Зонд в кишке – не пассивный инструмент. Для каждого больного составляется, в зависимости от задач и ситуаций, своя программа, которую необходимо неукоснительно выполнять и, в случае необходимости, корректировать. Подробно это описано в наших монографиях «Очерки хирургии перитонита» и «Очерки хирургии острой кишечной непроходимости». Опыт применения длительной интубации тонкой кишки в более, чем 1500 случаев, показали её высокую эффективность – были спасены сотни больных с острым перитонитом, острой кишечной непроходимостью, раненые с огнестрельными повреждениями органов брюшной полости и т.д.

Есть и другие способы. Их мало кто применяет, но о них надо знать и в случае необходимости ими пользоваться. О них

мы напишем подробнее. Речь идет об операциях энтероптикии (enteron-кишка, ptyk-складка – греч.). Расчёт простой – если уж петлям срастаться, то в запланированном порядке. Самая известная из них – операция Noble. При ней после «экзекуции» петли тонкой кишки укладывают согласно их «нормальному» расположению – начиная от илеоцекального угла и до связки Трейца. Каждая из петель должна иметь длину 15- 20 см.

В заданном положении их фиксирует друг к другу с помощью отдельных узловых швов (желательно из резорбируемых нитей), которые накладывают у брыжеечного края. Расстояние между швами – около 5 см (рис. 144).

Похожую методику предложили Child и Path. Не сшивая петли кишки, они фиксируют их с помощью 3 стежков толстых, нерассасывающихся нитей, проведенных через брыжейку в вертикальном направлении(рис. 145).

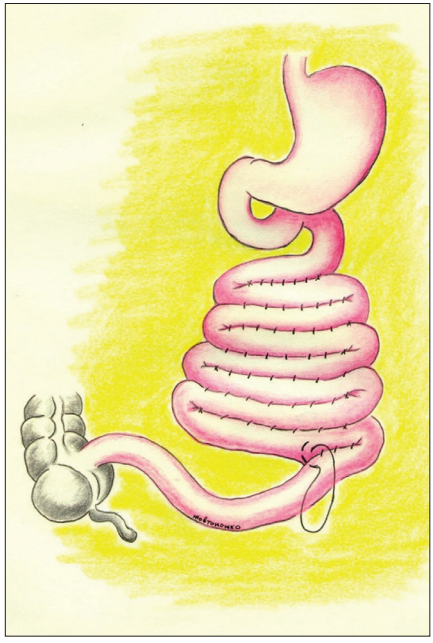


Рис. 144. **Операция Noble**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

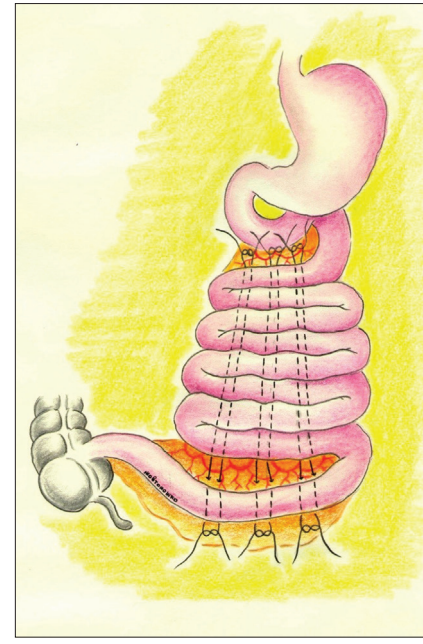


Рис. 145. Операция Child-Path
(Рис. Жовтоножка А.И.)

Мы неоднократно фиксировали петли кишки в заданном положении без сшивания и петель, и брыжейки. Использовали тонкие дренажные трубки (две), которые проводили через брыжейку снизу вверх в местах сгибов уложенных петель кишки. Концы трубки выводили на переднюю брюшную стенку с помощью специальной иглы и фиксировали. Через 2-3 дня, после появления перистальтики, трубки удаляли (рис. 146-147). Рецидивов не было.



Рис. 146. **Игла для проведения фиксирующей трубки через бессосудистые участки брыжейки тонкой кишки для выполнения энтероптикии**

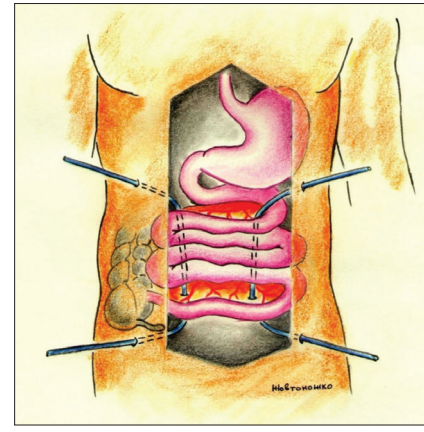


Рис. 147. **Операция энтероптикия по методике авторов**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

Таким образом, после травматического энтеролиза просто так погружать кишку в брюшную полость опасно. Мы перечислили методики, с помощью которых можно избежать осложнений. Хирурги вправе выбирать.

3.6. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость

Литературные сведения о желчнокаменной механической тонкокишечной непроходимости свидетельствует о том, что это не такое уж редкое заболевание: 6% от всех случаев механической тонкокишечной непроходимости и 3,5 % от числа больных с желчекаменной болезнью. Оспаривать эту статистику не будем, но нам кажется, что на самом деле она бывает не так часто. У одного из авторов монографии в личном журнале за более, чем 40 лет хирурги-

ческой работы нашлось всего 15 случаев. Тем не менее к этому необходимо быть готовым, есть «нюансы», о которых полезно знать.

Прежде всего – откуда берутся конкременты, способные вызвать непроходимость, и как они проникают в тонкую кишку? Ведь на их пути есть значительно менее подвижная (по сравнению с тонкой) 12-перстная кишка и самое трудное препятствие – дуоденоеюнальный переход с верхними брыжеечными сосудами и связкой Трейтца.

Наиболее частый источник – желчный пузырь, содержащий крупный конкремент или конкременты. Их постоянное давление на стенку пузыря приводит к локальному воспалению, при тесном контакте с 12- перстной кишкой – к плотному сращению, далее – к пролежню, образованию свища и... конкремент в двенадцатиперстной кишке. Прохождение по ней не проходит бесследно. Оно сопровождается приступами сильных болей в правом подреберье, трактуемых пациентами как обострение хронического холецистита, повторными рвотами со значительной примесью желчи с неприятным запахом, иногда – с примесью крови.

При миграции камня из пузыря в кишку могут быть надрывы кровеносных сосудов. Такой же приступ боли возникает и при прохождении дуоденоеюнального перехода. Иногда конкременту не удается преодолеть двенадцатиперстную кишку – развивается клиника высокой дуоденальной непроходимости с обильной рвотой желчью, особенно если камень перекрыл кишку ниже Фатерова соска и желчь через свищ в полном объёме поступает в желудок. Если пузырный пруток непроходим – разовьются желтуха и холангит.

После прохождения конкремента в тонкую кишку ситуация может развиваться по нескольким сценариям. Первый, самый благоприятный, – он постепенно продвигается «на выход», периодически давая о себе знать болевыми приступами, вызванными временной задержкой и повышением внутрикишечного давления выше препятствия. Второй – камень надежно остановился и развивается классическая клиническая картина острой механической тонкокишечной непроходимости. Что может стать причиной остановки? Это сужение кишки, рубцовые изменения её стенки, спайки, дивертикулы, стойкий спазм с последующим развитием воспаления, отека, инфильтрации. По нашим данным у 10 пациентов место «фиксации» камня находилось в ≈100см от связки Трейца, у 5-и ≈50см от илеоцекального угла (рис. 148).

Диагностика желчнокаменной непроходимости ничем не отличается от стандартных, традиционных схем. Это и фиброгастродуоденоскопия при дуоденальной её форме (выявляется конкремент

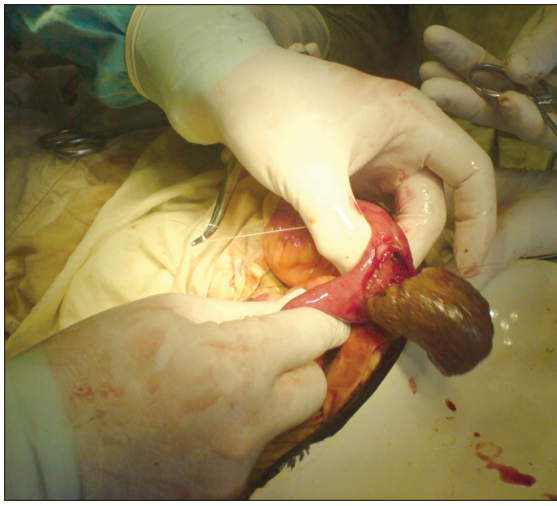


Рис. 148. **Энтеротомия – извлечение желчного камня из просвета тонкой кишки.**

и пузырно-дуоденальный свищ); и УЗИ; и обзорная R-скопия (графия), на которой кроме типичных признаков ОКН можно увидеть рентгеноконтрастный камень; и рентгеновское исследование с применением водорастворимого контраста. Естественно, тщательно собирается анамнез, фиксируются и анализируются жалобы, объективные симптомы и т.д.

При пилородуоденальной непроходимости основную роль играют эндоскописты. Кроме диагностических мероприятий они осуществляет и лечебные – перемещают камень в желудок, удаляют его наружу. Они же дают и ценную информацию о свище: его точную локализацию, диаметр, характер краев, кровоточивость, поступление желчи и т.д.

Больных с локализацией камня в тонкой кишке оперируют. После ревизии выявляют месторасположение конкремента, в обязательном порядке смещают его в проксимальном направлении – это нетрудно, кишка выше препятствия всегда расширена. Далее выполняют энтеротомию, удаляют камень, разрез ушивают в поперечном направлении двухрядным швом.

Обязателен контроль двух участков: везико-дуоденального свища и место ущемления конкремента в кишке. Начнем с последнего.

В одном случае нам пришлось выполнить резекцию петли тонкой кишки. У больного в месте фиксации конкремента диаметром ≈ 3 см определялся пролежень и абсцесс (пристеночный) брыжейки объёмом до 2 мл. Сформирован энтеро-энтеро анастомоз по типу «конец-в-конец». Ещё в одном случае в месте контакта камня со стенкой кишки после его смещения и удаления было наложено два П-образных серозно-мышечных шва на участке, чья жизнеспособность вызывала сомнения (Ø до 0,5см). Сужения просвета кишки это не вызвало. Но чаще участок «ущемления» оказывался вполне

благополучным, коррекции не требовал. Что касается всей тонкой кишки, то с ней поступали в зависимости от изменений её стенки, вызванных непроходимостью: либо однократно опорожняли после удаления конкремента через энтеротомическое отверстие, либо интубировали по одной из методик, приведённых выше, либо «оставляли в покое».

Намного сложнее ситуация в зоне пузырно-двенадцатиперстного свища. Вариантов решения несколько, путей их реализации тоже. Велика роль субъективного фактора, определяемого темпераментом, характером хирурга. Мы знаем коллег, которые при виде инфильтрата в подпеченочном пространстве начинают дрожать от азарта, постепенно входя в раж. Они решают всё сразу и радикально. Есть и прямая им противоположность, которые действуют, исходя из правила – «...От добра добра не ищут...», считая, что на фоне состояния, обусловленного острой кишечной непроходимостью, после удаления конкремента и т.д. лучше не рисковать и отложить решение проблем с ЖКБ на более поздние сроки. Мы не относимся себя ни к тем, ни к другим. Это крайние позиции. Предпочитаем действовать, исходя из анализа конкретной обстановки. Вариантов несколько.

1. При доминировании в клинической картине ОКН, отсутствии выраженных воспалительных изменений в желчном пузыре (флегмоны, гангрены), при свободном поступление желчи в кишечник (данные ФГДС и вид содержимого тонкой кишки при литотомии), при отсутствии конкрементов в ЖП и протоках (данные УЗИ, отсутствие желтухи) – от вмешательства на желчном пузыре в условиях операции по поводу ОКН отказываемся.

2. Если желчный пузырь, его стенка деструктивно изменена, в его просвете и холедохе есть конкременты, имеется желтуха – идём на радикальную операцию. В 12-перстную кишку через желудок вводим толстый зонд – он служит прекрасным, определяемым пальцем ориентиром в рубцово-спаечном инфильтрате. Ещё лучше – эндоскопическая ассистенция. Аккуратно разделяем все сращения, освобождаем желчный пузырь и двенадцатиперстную кишку. Выполняем холецистэктомию (чаще от дна), дренируем холедох через культю пузырного протока. Дренаж осуществляет декомпрессию холедоха, через него выполняем холангиографию. Но вначале просто промываем с помощью шприца теплым раствором новокаина с небольшой примесью «синьки». Через отверстие в кишке (свищ) контролируем его поступление в просвет кишки. Если проходимость не нарушена – дефект в кишке ушиваем в поперечном направлении, предварительно слегка «освежив» его края.

Если в протоках есть конкременты, удаляем их: либо сразу с помощью эндоскописта, либо в послеоперационном периоде.

Могут быть и другие варианты. У хирургов таких наблюдений немного, опыт в большинстве случаев «литературный». Всё зависит от их способности грамотно оценить ситуацию, возможности больного (и свои тоже) и принять решение, в основе которого лежит главный принцип хирургии:

Не навреди!

3.7. Ущемленные грыжи и тонкая кишка

Ущемленные грыжи – одна из актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. **Во-первых** – это их частота: ущемление развивается примерно у 10- 20 % всех грыженосителей, среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости они составляют примерно 4,5%. Часто и много. Чаще всего ущемляются паховые грыжи (35%), далее – бедренные(27%), пупочные(18%), вентральные (14%), другие – 6%. Во-вторых: несмотря на кажущуюся простоту диагностики и очевидность хирургической тактики перед хирургом периодически возникают довольно сложные проблемы, требующие для своего разрешения достаточного опыта, знаний и умения. И еще в статистической информации (в перечне грыж) отсутствуют многие виды грыж, о которых значительное число хирургов знает только понаслышке, а значит – ничего. Достаточно одного такого пропущенного случая, чтобы остался тяжёлый осадок на всю последующую жизнь. Поэтому приводим перечень (почти полный) грыж, в которых могут ущемляться петли тонкой кишки:

- Паховые грыжи: косые (врождённые, приобретённые), прямые, внутристеночные, осумкованные, околопаховые, скользящие;
- Бедренные грыжи;
- Грыжи белой линии живота;
- Вентральные грыжи;
- Боковые грыжи передней брюшной стенки;
- Поясничные грыжи;
- Запирательные грыжи;
- Седалищные грыжи;
- Промежностные грыжи;
- Грыжа мечевидного отростка;

- Патологические грыжи;
- Нейротические грыжи;
- Внутренние грыжи.

Список впечатляющий. Не зря в хирургии получила самостоятельность и признание специальная отрасль, наука – герниология. Хирург должен знать обо всех этих видах грыж, и помнить о том, что в любой из них может ущемляться тонкая кишка с тяжёлыми последствиями как для неё (некроз стенки), так и для организма в целом – ОКН, перитонит.

Раздел посвящён тонкой кишке, поэтому мы и остановимся на вариантах изменений в её стенках, видах её ущемлений.

Прежде всего – о самом ущемлении. Это спастическое сжатие вошедших в грыжевой мешок участков кишки в месте их выхода из брюшной полости – в грыжевых воротах. Почему так происходит? Определенные значения имеет спастическое состояние тканей, окружающих грыжевые ворота. Оно имеет рефлекторный характер, это ответ на раздражение обильно снабженного нервными волокнами париетального листка брюшины в области грыжи. Также играет роль узость грыжевого отверстия, плотность и неподатливость его краев. Ситуация напоминает сценку в ювелирном магазине: понравившееся, но неподходящее по размеру кольцо, легко надеть на палец, но через несколько секунд его уже невозможно снять – начинается отёк, приходится кисть помещать под струю холодной воды, палец смазывать кремом и т.д., вплоть до того, что кольцо распиливают. Так и при грыжах: при повышении давление в брюшной полости в мешок легко может проскочить содержимого больше, чем может беспрепятственно вернуться. Причиной ущемления могут стать воспалительные изменения в области грыжевого мешка и грыжевого отверстия, различные изменения физического характера в кишечных петлях – переполнение их газами, скопление густого содержимого и т.д.

А далее по программе: в ущемленной части кишки наступают расстройства кровообращения, которые у многих приводят к некрозу кишечной стенки.

Описано несколько разновидностей ущемления:

1. Эластическое ущемление – наиболее частое (рис. 149). При резком повышении внутрибрюшного давления на короткое время расширяются грыжевые ворота, петля тонкой кишки проникает в грыжевой мешок, «ворота» закрываются, даже суживаются, и сдавливают «пленницу» в грыжевом мешке вместе с её брыжейкой.

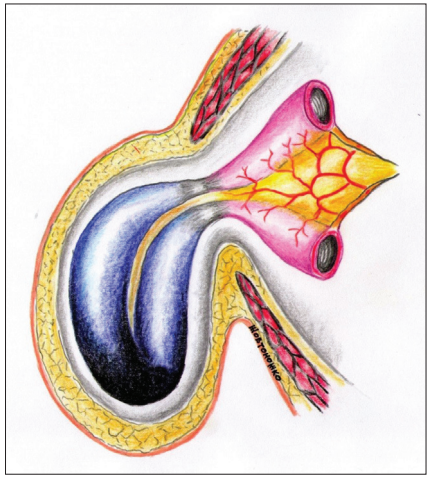


Рис. 149. **Эластичное ущемление петли тонкой кишки**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

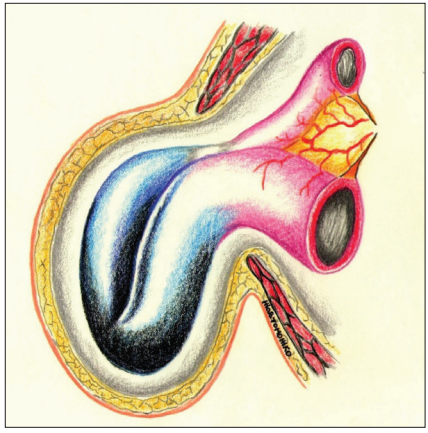


Рис. 150. **Каловое ущемление петли тонкой кишки**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

Далее всё идёт по стандартной программе в нескольких направлениях: изменения в стенке кишки вплоть до некроза; изменения в мешке вплоть до флегмоны; нарастают явление острой кишечной непроходимости вплоть до перитонита.

2. Каловое ущемление – механизм несколько иной. Прежде всего о названии, оно образное, но неверное. В тонкой кишке есть химус, кал – только в толстой кишке. Суть этого вида в том, что сдавление петель кишки происходит вследствие её переполнения содержимым со стороны приводящей её части и сдавление в грыжевых воротах только отводящего участка вместе с брыжейкой (рис. 150).

3. Пристеночное ущемление – одно из наиболее опасных, особенно трудна диагностика. Стенка кишки ущемляется в грыжевых воротах частично, как правило, по антибрыжеечному краю. Это ущемление ещё называют Рихтеровским или Литтреевским (рис. 151).

Коварство этого вида в скудности (особенно в начале процесса) местных симптомов и отсутствии симптомов острой кишечной непроходимости – ведь просвет кишки частично свободен. Дело за хирургом, в тщательности сбора анамнеза и симптомов, их анализом, настороженности, в конце концов. Очень помогает УЗИ – отчётливо видно содержимое мешка (часть полого органа), а значит и диагноз.

4. Ретроградное ущемление (грыжа Майдля) – самый коварный, особенно для неопытного хирурга, вариант. Одна из ущемленных петель кишки (а их, как правило 3), наиболее пострадавшая, некротизированная, находится не в грыжевом мешке, а в брюшной полости (рис. 152).

Основной диагноз должен быть установлен на операции: при наличии в мешке двух петель даже не изменённой кишки необходимо искать третью (как в жизни). Зафиксировав пальцами наружные петли, извлекают из брюшной полости ту, что между ними. Часто она уже некротизирована, часто она источник разлитого перитонита. Если такую ревизию не провести, радостно заправить в живот нормальные петли и оставить нежизнеспособную... Последствия могут быть катастрофическими.



Рис. 151. **Пристеночное ущемление кишки – грыжа Richter-Littre.** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

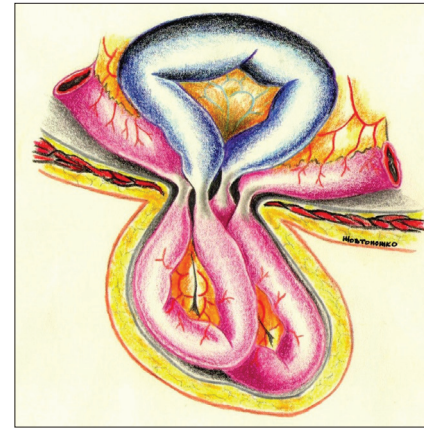


Рис. 152. **Ретроградное ущемление петли тонкой кишки – грыжа Maydla.** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*

Есть ещё одна нестандартная ситуация – **самостоятельное вправление грыжи** – либо в машине скорой помощи, либо в приемном, либо в хирургическом отделении. Есть «свидетельские показания» – ущемленнуя грыжу видели врач скорой помощи, дежурный хирург. Что делать? Что вернулось в брюшную полость и в каком состоянии? Какие последствия? Дело за хирургом. Если вправилась мёртвая кишка вместе с инфицированной « грыжевой водой» налицо будет клиника разлитого перитонита в реактивной фазе – резкие боли в животе, доскообразная передняя брюшная стенка, редкая

ослабленная перистальтика, сухой язык, тахикардия и т.д. Показана лапаротомия, ревизия органов брюшной полости с последующими действиями в зависимости от «находок». При отсутствии признаков неблагополучия в животе – динамическое наблюдение за больным в общем и за животом: последовавшие через несколько часов боли, тошнота, рвота, повышение температуры тела (в подмышечной впадине и, особенно, ректально), лейкоцитоз – **сигналы тревоги**! Они диктуют активные действия. Логично начать с лапароскопической ревизии с последующим переходом на лапаротомию. Далее по обстоятельствам.

Имеет свои особенности операция при тяжёлом осложнении ущемленных грыж – **флегмоне грыжевого мешка**. Молодым хирургом следует помнить – **во всех случаях операцию начинают с лапаротомии**. Как правило, в мешке – некротизированная кишка, инфицированная грыжевая вода. Ни то, ни другое не должно попасть в живот! Операцию выполняют в 2 этапа. На первом после лапаротомии выявляют приводящую и отводящую петли тонкой кишки – первая расширена и переполнена содержимым, вторая – спавшаяся. Определяют границы резекции, выполняют её с формированием анастомоза (или нет) по удобному для хирурга методу. Концы кишки, уходящие в грыжевой мешок заглушают, надёжно. Лапаротомную рану зашивают, но мы это делаем не всегда – при работе с грыжевым мешком всякое может случиться. В таких случаях к внутренним грыжевым воротам укладывают « защитные» тампоны, влажное полотенце. Прикрывают лапаротомную рану и начинают работать с грыжевым мешком – это « грязный» этап операции. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, другие ткани – аккуратно выделяют грыжевой мешок – напряжённый, багровый, переполненный. Тщательно его отгораживают, под контролем отсоса надсекают и удаляют «грыжевую воду», досуха. Мешок широко вскрывают, «укутывают» влажными салфетками омертвевшую петлю и только после этого аккуратно, в пределах необходимого, рассекают грыжевые ворота и мгновенно удаляют резицированную часть кишки. Так же быстро ушивают грыжевые ворота прочными швами. Мешок по возможности удаляют. Рану тампонируют или ведут с помощью VAC-системы (рис. 152-155).

Всякие пластические операции при флегмоне грыжевого мешка абсолютно противопоказаны!

Естественно, при различных видах ущемленных грыж выполняются различные типы вмешательств, их десятки, это и есть герниология. в этом разделе мы описали те опасности, которые присутствуют при любых операциях по поводу различных грыж, объединенных главным осложнением – ущемлением.

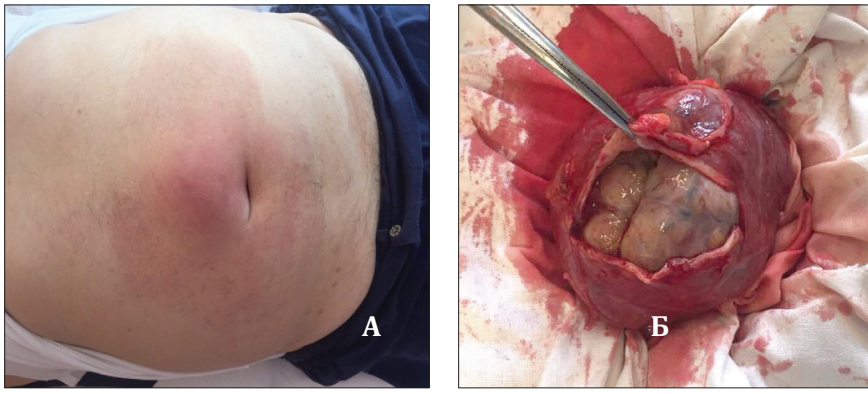


Рис. 153. **А – больной с ущемлённой пупочной грыжей, флегмона грыжевого мешка; Б – грыжевой мешок вскрыт, виден участок пряди большого сальника с признаками некроза**

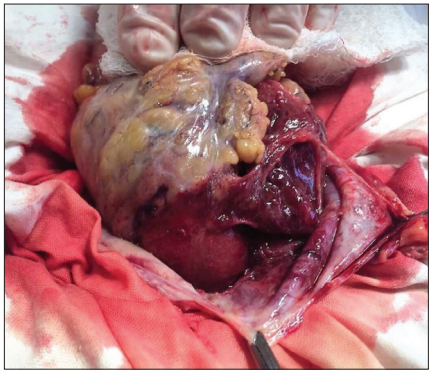


Рис. 154. **Некротизированная прядь большого сальника**

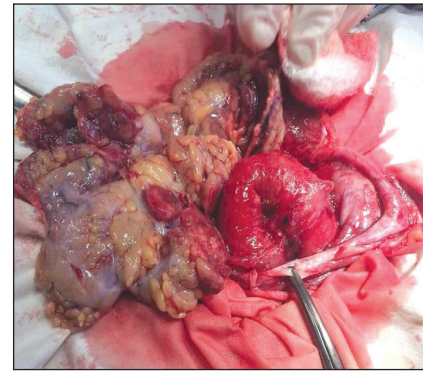


Рис. 155. **Участки некротизированной пряди большого сальника, тонкая кишка в спаечном процессе, без признаков некроза.**

ГЛАВА 4.

ТОЛСТАЯ КИШКА

Прошло уже много лет, как в хирургии оформилась новая специальность – колопроктология. Есть ассоциация колопроктологов, издаются специализированные журналы, во многих лечебных учреждениях функционируют одноименные отделения, в поликлиниках – кабинеты. Поэтому трудно было выбрать для нашей книги раздел, касающийся всех абдоминальных хирургов. Об остром аппендиците написано много, мы его обошли своим вниманием и остановились на дивертикулах толстой кишки. Именно с ними, а вернее с их осложнениями, больные часто попадают в общехирургический стационар.

Это довольно часто встречающаяся патология. Так, в США 10 % жителей старше 40 лет (всего-то) имеют дивертикулы толстой кишки, причем 20 % из них страдают дивертикулитом. Объяснить толком, почему диветикулы появляются в большинстве случаев у зрелых людей, каков патогенез дивертикулеза, пока не удается. Что важно? В подавляющем своем большинстве они приобретенные (ложные) – их стенка не имеет мышечной оболочки, представлена только слизистой и серозной, в то время как врожденные дивертикулы имеют в стенке все слои. Сразу необходимо разобраться с терминологией: **дивертикулез** – это поражение различных отделов толстой кишки дивертикулами, наличие которых никаким образом не сказывается на общем состоянии «владельцев» ; различные осложнения, чаще всего гнойно-воспалительного характера обозначаются как **дивертикулит**.

Что нужно для образования дивертикулов? Во-первых – слабость мышечной оболочки ; это отмечается в местах проникновения в стенку кровеносных сосудов. Во-вторых – сила, которая «вытолкнет» слизистую оболочку наружу, а это, как правило, повышенное внутрикишечное давление. Многочисленные исследования это подтверждают.

Дивертикулез без дивертикулита довольно часто протекает бессимптомно. Больных беспокоят жалобы, свойственные тем состояниям, которые к дивертикулиту приводят – чаще всего это

хронические запоры, различные колиты и т.д. Поэтому у многих больных дивертикулы – случайная находка при ректороманоскопии, ирригоскопии, колоноскопии, на операциях. В связи с этим, как правило, по отношению к «спящим вулканам» (бессимптомным дивертикулам), отношение спокойное. Ограничиваются рекомендациями общего характера – соблюдать диету, регулировать стул и т.д. Но часть больных воспринимают информацию о дивертикулезе крайне мнительно, они начинают жить в ожидании дивертикулита, т.е. в тревоге, страхе. Здесь врач должен проявить не формализм, а навыки психолога, психотерапевта.

Воспаление в дивертикулах развивается по двум сценариям. Хронический дивертикулит характеризуется подострым течением, проявляется болями в животе, запорами, вздутием кишечника с периодическими поносами. У острого дивертикулита клиническая картина иная – преобладают симптомы острой параколической инфекции и даже перфорации полого органа живота. Это повышение температуры тела, тошнота, рвота, боли в левой подвздошной области (сигмовидная кишка поражается чаще других отделов), с болезненностью при пальпации и защитным напряжением мышц передней брюшной стенки, тахикардией, лейкоцитозом. Наиболее опасные осложнения: кровотечение, перфорация, формирование инфильтратов, образование свищей с мочевым пузырем, тонкой кишкой, с выходом на промежность (рис. 156).

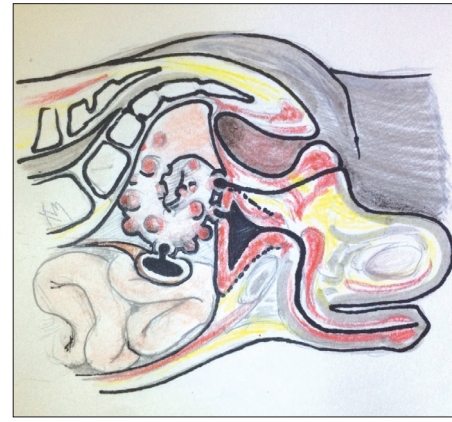


Рис. 156. **Свищи при дивертикулитах: подвздошно-сигмовидный, мочепузырно-сигмовидный, промежностный.**

Локализация дивертикулов связана во многом с их происхождением : врожденные дивертикулы предпочитают правую половину толстой кишки, ложные (приобретенные) – левую, особенно сигмовидную.

Диагностика: кроме клинической картины крайне информативны ирригоскопия (рис. 157) и колоноскопия (рис. 158).

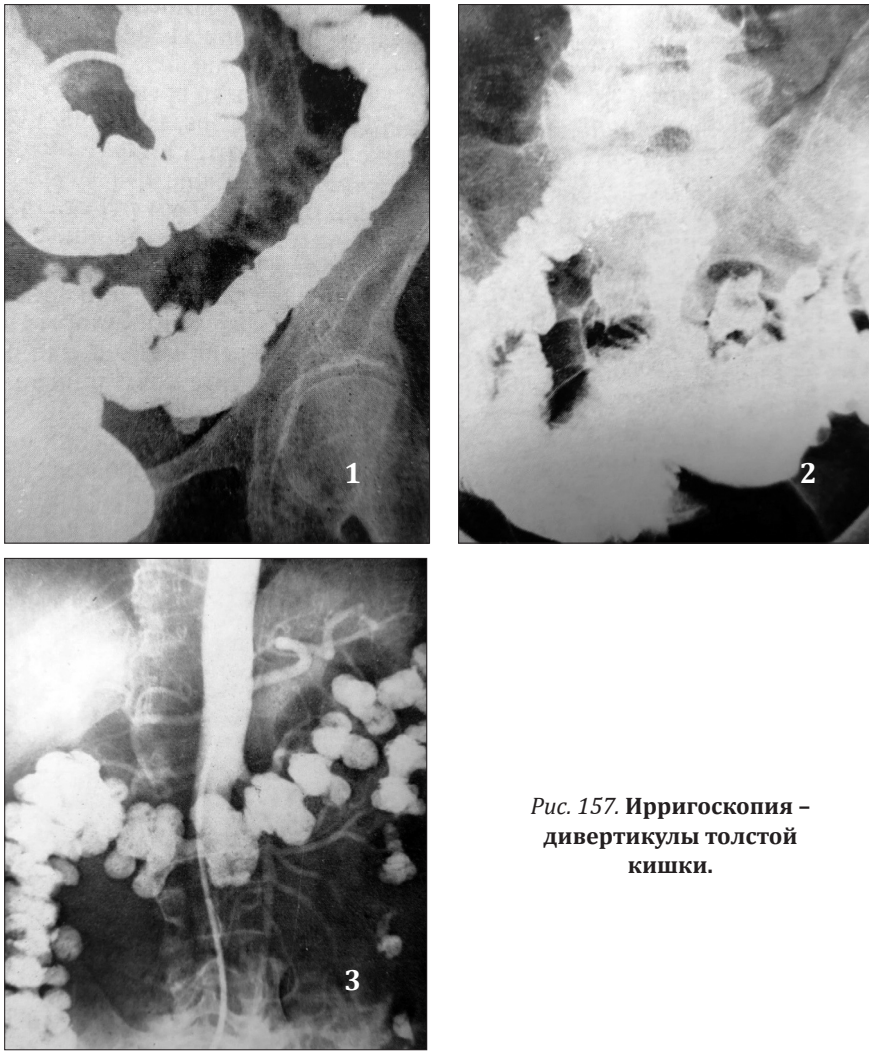


Рис. 157. **Ирригоскопия – дивертикулы толстой кишки.**

При ирригоскопии обнаруживаются мешковидные выпячивания по контуру толстой кишки, имеющие сужения у основания. Размеры и количество их самые разные, наиболее частая локализация – сигмовидной кишки (30 % случаев), в нисходящей (3%), в обоих отделах (38 %). Рентгенолог обязательно должен описать тонус кишки, глубину межгаустральных складок, растяжимость и эла-

стичность кишечных стенок, их смещаемость – в условиях воспаления, при образовании инфильтратов она резко снижена. Очень информативно так называемое «двойное контрастирование» – введение в просвет кишки воздуха после её опорожнения от бариевой взвеси. При рентгенологическом исследовании можно обнаружить и описанные выше свищевые ходы и поступления контраста в тонкую кишку или мочевой пузырь, а также наружу.



Рис. 158. **Дивертикулы толстой кишки (колоноскопия).**

Очень информативна колоноскопия, кроме входов в дивертикулы удается объективно оценить состояние слизистой, наличие очагов её воспаления. Есть, правда, одно «но». При остром дивертикулите, при выраженном воспалении его слабой, лишенной мышечного слоя стенки, возможна перфорация. Эндоскопист должен быть высшего класса и действовать крайне осторожно. Многие больные знают о наличии у них дивертикулёза и при наличии острого процесса, соответствующего этому заболеванию, подтверждать очевидное видимо не следует, излишний риск ни к чему.

Лечебная тактика по отношению к больным с дивертикулёзом различна, строго индивидуальна.

При бессимптомном течении заболевания специальной терапии не требуется. Достаточно того, что пациент о нем знает, он предупрежден о возможных осложнениях. Для их предупреждения рекомендуется диета, регуляция стула (могут быть назначены мягкие слабительные). Вспоминается фраза генерала Ландсдорфа в фильме «Щит и меч»: «…запомните Вайс, хороший совет – это такая же редкость, как и хорошее слабительное…». Дело врача и пациента его подобрать. При спазмах можно назначать но-шпу, спазмалгон и др.

При хронических дивертикулитах рекомендации практически те же, но более широко назначаются медикаментозные сред-

ства : спазмолитики (но-шпа, спазмалгон), прокинетики (дебридат, мотиллиум), ферменты (фестал, панзинорм), эубиотики (бифилол, лактобактерин). Лечение проводят амбулаторно, под контролем врача поликлиники.

При острых дивертикулитах лечение проводят только в условиях стационара. Весьма вероятно развитие кровотечений, воспалительных инфильтратов, непроходимости, перитонита (чаще – при перфорациях).

При умеренной выраженности явлений интоксикации (воспалительные дивертикулиты), отсутствии явлений перитонита – лечение консервативное. К перечисленному выше добавляют антибиотики широкого спектра действия, проводят инструментальное обследование. Желательно добиться стихания воспалительных явлений – если понадобится операция, она значительно безопаснее на «успокоившейся» кишке.

При развитии кровотечения в подавляющем большинстве случаев (до 90%) его удается остановить с помощью консервативных мероприятий по обычной для кровотечений схеме, очень эффективна лечебная колоноскопия с местным воздействием на источник. Операция только при неэффективности терапии.

Перфорация приводит к развитию разлитого перитонита, который лечат только хирургическим путем.

О хирургии дивертикулитов. Как всегда, есть относительные и абсолютные показания к операции.

Относительные определяются строго индивидуально, после доверительной беседы с больным в случаях, когда периодически возникают и рецидивируют кровотечения, при инфильтратах с высоким риском абсцидирования, явлениях частичной непроходимости, при безуспешности консервативной терапии. Должен быть убежден в необходимости операции хирург, он же должен убедить и больного.

Абсолютные показания: перфорация дивертикула с развитием перитонита; массивное кровотечение, которое не удалось остановить; абсцедирование инфильтрата, непроходимость; невозможность исключить рак.

Операции тоже можно разделить на две основные группы – органосохраняющие и резекционные.

К первым относятся операция сигмомиотомии, разработанная и внедренная в практику Reilly ещё в 1965 году. Этот хирург длительное время занимался проблемой хирургического лечения ди-

вертикулёза толстой кишки. Он пришел к выводу, что в норме, а особенно при патологии, у всех людей в ректосигмоидном отделе толстой кишки имеется мощный сфинктер (сродни привратнику), повышенной тонус которого способствует развитию запоров, а затем и дивертикулов. Поэтому Reilly настойчиво рекомендовал при резекциях этот сфинктер вместе с кишкой, несущей дивертикулы, удалять. При оставленном сфинктере развиваются рецидивы. Ещё одно предложение Reilly: поскольку у больных с дивертикулезом как правило значительная гипертрофия, утолщение мышечного слоя, создается ситуация схожая с аналогичной при врожденном сужении привратника, при которой выполняют пилоротомию, то такая операция показана и им – т.е. сигмотомия, что он с успехом и делал. Техника операции (по Reilly): после лапаротомии и ревизии выполняется мобилизация сигмовидной кишки – как при левосторонней гемиколэктомии при раке; на противобрыжеечной стенке кишки делается продольный разрез скальпелем серозного его покрова от верхнеампулярной части прямой кишки в проксимальном направлении на высоту от 10 до 40 см. Мышцы рассекают с помощью ножниц. Обычно линия разреза проходят между тениями (другие авторы рассекают по тении). Необходимо, чтобы вверху разрез заканчивается на 2-3 см выше того места, где прощупывается утолщенная стенка кишки. С обеих сторон разреза серозная оболочка кишки берется на зажимы, затем полностью пересекаются продольная и циркулярная мышцы до слизистой. Кровотечения, как правило, нет. Небольшое подкравливание прекращается после обкладывания кишки тампонами, смоченными в горячем физиологическом растворе. Препаровка мышц должна выполняться с особой тщательностью, **следует избегать повреждения слизистой**. Участок кишки после миотомии поворачивается в сторону левого бокового канала брюшной полости. Внутренний листок серозной оболочки кишки по всей линии разреза подшивается шелковыми швами к брюшине латерального канала, чем обеспечивается ретроперитониальное положение стенки сигмовидной кишки с миотомией.

Авторы опытом подобных операций не обладают, считая их все же превентивными вмешательствами, применяемыми с консервативными целями. Кроме того, у самого Reilly летальность составляла 5%, а это для паллиативных операций много. Кроме того, анализ имеющиеся опыта показывает, что уже через 2-3 года высокое внутрикишечное давление восстанавливается, что приводит к

рецидиву заболевания. Правда, в Москве, в государственном научном центре колопроктологии эту операцию выполняют у больных пожилого возраста, со стойким болевым синдромом, при наличии противопоказаний для резекции. Анализ послеоперационного периода положителен. По данным НВМКЦ у прооперированных пациентов не только исчезает клиническая симптоматика, но и отмечается инволюция самих дивертикулов. К более радикальным операциям большинство хирургов относят переднюю резекцию прямой кишки с удалением всего пораженного сегмента сигмовидной. На технике операции мы останавливаться не будем – она полностью соответствует аналогичной при злокачественных опухолях в этой зоне. Главный вопрос – это формирование анастомоза. Мы убеждены, что в условиях разлитого перитонита, абсцесса в этой области, острой кишечной непроходимости в поздние сроки своего развития он противопоказан. Должна быть выполнена операция типа Гартмана. При наличии свищей выполняется их разделение по методикам, определяемым их характером. Особенно осторожно необходимо обращаться с инфильтратами. Они выполняют защитную функцию, они «закрыли амбразуру», через которую в брюшную полость неминуемо проникла бы инфекция и привела к развитию перитонита. Но внутри воспаленной ткани микробы «инкапсулированы» и разделять инфильтрат, обсеменять полость брюшины нельзя, даже без вскрытия просвета кишки «разрушенный» инфильтрат – источник инфицирования. Его удаляют одним блоком вместе с резецируемой кишкой, соблюдая все правила асептики.

ГЛАВА 5.

НЮАНСЫ ХИРУРГИИ ХОЛЕЛИТИАЗА

Наверное после аппендэктомии в нынешнее время самая популярная операция во многих отделениях абдоминальной хирургии – это холецистэктомия. Её выполняют практически все хирурги – от начинающих до мэтров, используя в подавляющем большинстве случаев малоинвазивные (лапароскопические) методики. Львиная доля удалённый желчных пузырей – это «голубые» пузыри с мало изменёнными стенками и без выраженного перипроцесса. К такой идилии все привыкли. Но... периодически возникают ситуации, в которых настроение резко меняется: непривычная анатомия, гангрена, выраженный перипроцесс, изменённая до неузнаваемости желудочно-двенадцатиперстная связка, с трудно определяемыми элементами. Следствие – появления «билиарных калек», а ещё хуже – летальные исходы. Причина в том, что раздел хирургии – **билиарная хирургия**, к которой корифеи прошлых лет С.П. Фёдоров, В.С. Земсков, А.А. Шалимов и многие другие относились как одной из самых сложных и опасных, утратила этот свой статус, в сознании не очень опытных и недостаточно грамотных упростилась до неприличия и только периодически возникающие «катастрофы» заставляют их участников (а не всех, к сожалению) изменить к ней отношение. Как и всякий другой раздел медицины, билиарная хирургия прошла большой путь развития, её создавали и развивали целые поколения хирургов. Их усилиями выработан целый ряд рекомендаций, правил, неукоснительное выполнение которых позволяет достичь успеха, избежать многих осложнений и неприятностей. Мы, в своё время, создали их для себя, постоянно ими пользуемся, ощутили их положительное влияние, одним словом – они помогают, «сложного и необычного» стало меньше.

1. Первое и **главное** правило – операцию должен выполнять высококвалифицированный хирург. От него зависит практически всё: он принимает решения, он их исполняет, он за всё отвечает на всех этапах лечения больного. Хирург должен прекрасно разбираться во всех современных методиках диагностики, уметь грамотно трактовать полученную информацию; он обязан знать анатомию этой сложнейшей области живота, свободно ориентироваться во всех

бесчисленных вариантах, особенно в условиях патологических изменений; он должен уметь выполнять все виды оперативных вмешательств, грамотно выбирая их в каждом конкретном случае; он должен быть знаком с клинической физиологией и активно участвовать в составлении программ и реализации послеоперационного лечения.

Он должен грамотно вести или контролировать ведение медицинской документации (истории болезни); он должен уметь деликатно строить отношения с больным или его близкими; в сложных случаях, вызванных заболеванием или действиями хирурга, он должен обращаться за помощью к более опытным коллегам.

2. Все оперативные вмешательства при холелитиатазе должны быть полностью обеспечены материально: средствами пред- и интраоперационной диагностики, инструментами, шовным материалом, дренажами, видеоаппаратурой и т.д.- всё должно быть предусмотрено, всё должно быть на месте и вовремя.

3. Метод операции должен быть выбран по строгим показаниям. При холелитиазе первый вопрос тактики – открытая или лапароскопическая операция, конверсия – по благоразумию или вынужденная. Вот мнение основоположника (Патриарха) украинской малоинвазивной хирургии М.Е.Ничитайло: «...Лапароскопическая холецистэктомия не должна рассматриваться как способ выбора в лечении всех больных желчнокаменной болезнью. Перед принятием решения о целесообразности использования того или иного метода удаления желчного пузыря, необходим тщательный анализ обнаруженных факторов риска с учетом того, что лапароскопическая холецистэктомия является лишь альтернативным методом операции...». Иными словами – необходим тщательный отбор, каждому больному – своя операция, а не хирургу то что он умеет делать.

4. Ни одна операция при холелитиазе не может быть завершена без ликвидации (устранения) самого опасного осложнения – желчной гипертензии, причины многочисленных бед и осложнений. Свободный отток желчи должен быть обеспечен либо на постоянной основе (билиодигестивные анастомозы, папиллосфинктеротомия), либо на временной (наружное отведения желчи). Последний вариант – промежуточный, стабилизирующий момент многоэтапной операции, снимающий остроту последствий холестаза, дающий возможность подготовиться к окончательному решению проблемы. На него идут очень опытные хирурги под влиянием клинико-мор-

фологических изменений, не позволяющих выполнить операцию в полном объеме; на него должны идти неопытные хирурги во избежание серьезных осложнений, объективно оценив ситуацию и свои возможности.

5. Операция должна быть максимально физиологичной, нарушение естественных механизмов допустимо лишь по строгим, непреодолимым показаниям.

Если перечисленные выше рекомендации выполнять вполне сознательно, грамотно – хирургу не страшны ни необычные варианты анатомии, ни изменения её под влиянием патологического процесса, из всех вариантов вмешательств всегда есть возможность выбрать вариант, соответствующий моменту.

Для этой книги мы подобрали всего два варианта соответствующих её названию.

Внутрипеченочный желчный пузырь. Много лет назад, одного из авторов монографии во время дежурства среди ночи срочно вызвали в операционную. Оперировали больную с четко установленными показаниями (на основании клинической картины) – деструктивный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха. Молодой хирург, уже имевший свой небольшой опыт самостоятельных холецистэктомий, начал операцию, вошёл в брюшную полость, выполнил ревизию, и... И вызвал старшего коллегу. На вопрос – в чём проблемы?, ответил просто: «... Клиника холецистита есть, желтуха есть, а желчного пузыря нет!» При повторной ревизии подпеченочного пространства в верхней трети холедоха выявлен пузырный проток, участок шейки желчного пузыря, уходящий в паренхиму печени, в глубь её ткани. Хирург столкнулся с внутрипеченочных желчным пузырем.

Такая ситуация встречается не так часто. Длительно практикующие хирурги могут вспомнить два-три случая – не больше. Но все они об этом варианте знают и готовы к встрече с ним.

Степень погружения желчного пузыря в печень бывает различной, но, как правило, часть шейки и пузырный проток бывают хорошо видны. Именно от них начинают холецистэктомию, именно их важно выявить и аккуратно отпрепарировать. Далее – самое трудное – выделение тела и дна пузыря. Мы во всех наших случаях начинали этот процесс от шейки. Аккуратно с помощью «глазных» ножниц и тупфера отпрепарировали пузырный проток и шейку, проток перевязывали и пересекали между лигатурами. Шейку захватывали окончатым зажимом, подтягивали кнаружи и выходили

на пузырную артерию, которую также перевязывали и пересекали. Аккуратно разделяли (отделяли) край печени, примыкающий к передней поверхности шейки, и так же аккуратно с помощью зонда Кохера, а затем лопаточкой Буяльского входили внутрь по передней стенке пузыря. На инструменте, ориентируясь на ось пузыря, накладывали вдоль неё два ряда блоковидных швов. Инструмент предохранял от захватывания в швы передней стенки пузыря, что может сделать его выделение практически невозможным. Между швами на инструменте рассекали электроножом паренхиму печени. С помощью пальца (лучший препаровочный инструмент) жёлчный пузырь выделяли и удаляли. Тщательный гемостаз с последующим зашиванием ложа (рис. 159).

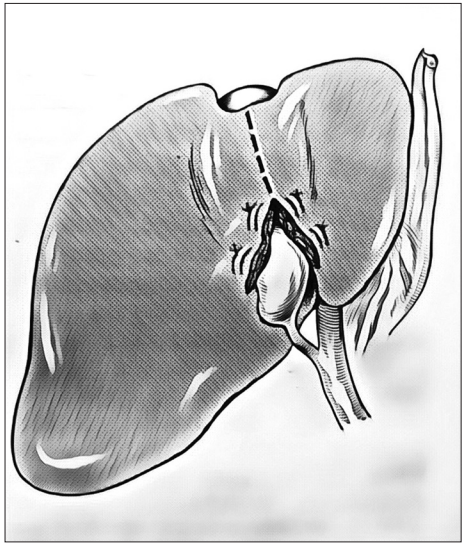


Рис. 159. **Холецистэктомия при внутрипеченочном желчном пузыре.**

Но вернемся к нашей пациентке. Ей была выполнено холецистэктомия по описанной выше методике. Далее – дренирование холедоха через культю пузырного протока, интраоперационная холангиография, холедохотомия, удаление 2 конкрементов из просвета протока с последующим ушиванием его наглухо. Выздоровление.

Холецистэктомия по Прибраму: этой операции помогли попасть в книгу многочисленные случаи попыток хирургов во что бы то ни стало, любой ценой «вырвать» гангренозно изменённый пузырь из цепких объятий инфильтрата, воспаленной паренхимы печени в области его ложа и т.д. Эти попытки сопровождаются, как правило, кровотечениями, и что хуже, повреждениями протоков, сосудов в воротах печени и т.д. Очень плохо, когда всё это происходит при лапароскопических операциях, длящихся в этих случаях до 4-5 часов. Горький писал в знаменитом «Буревестнике»: «безумству храбрых поем мы песню…», это явно не тот случай, холодное благоразумие всегда лучше горячего

безумства, ведь есть еще и пациент, и его интересы, а часто - жизнь. Руководствоваться следует давно сформированным принципом:

> ***Лучше удалить 75% желчного пузыря чем 101 % (т.е. с частью желчного протока или печени).***
>
> **А.Хириберг.**

Он-то и лежит в основе операции Прибрама, которую следует применять во всех случаях, когда из-за облитерации позадипузырной клетчатки в ложе желчного пузыря, деформации его задней стенки, склеротических изменений паренхимы печени в области ложа невозможно без серьезных потерь, без опасных повреждений печени удалить пузырь. Прибрам предложил следующую методику: захватывают окончатым зажимом дно желчного пузыря после опорожнения его с помощью пункционной иглы; вскрывают дугообразно его просвет, удаляют содержимое – конкременты, желчь, гной; в просвет пузыря вводят палец и под его контролем сверху вниз рассекают, вернее **иссекают переднюю стенку** по линии её контакта с печенью – до самой воронки, где её и отсекают; оставшуюся в ложе заднюю стенку обрабатывают – удаляют остатки слизистой, коагулируют кровоточащие сосуды, мелкие дополнительные протоки; оставшуюся воронку, взяв её края на держалки (зажимы), обрабатывают как желчный пузырь при его удалении от «дна» – находят и перевязывают пузырную артерию, выделяют и пересекают пузырный проток; при возможности в его просвет вводят дренаж по направлению к двенадцатиперстной кишке – он пригодится для декомпрессии протоков и послеоперационной холангиографии; ложе пузыря, если возможно, ушивают, если нет – повторно обрабатывают и подводят к нему либо дренажную трубку, либо тампон.

Очень полезна интраоперационная холангиография: удаётся точно установить диаметр протоков, наличие или отсутствие в них конкрементов, проходимость терминального отдела, измерить внутрипротоковое давление. При наличии конкрементов выполняют холедохотомию, камни удаляют, разрез зашивают, дренаж, введённый через пузырный проток, оставляют. Если состояние больного этого сделать не позволяет – санацию холедоха оставляют на послеоперационный период с использованием ФГДС и папиллосфинктеротомии, при наличии билиодигестивного дренажа это допустимо и не опасно.

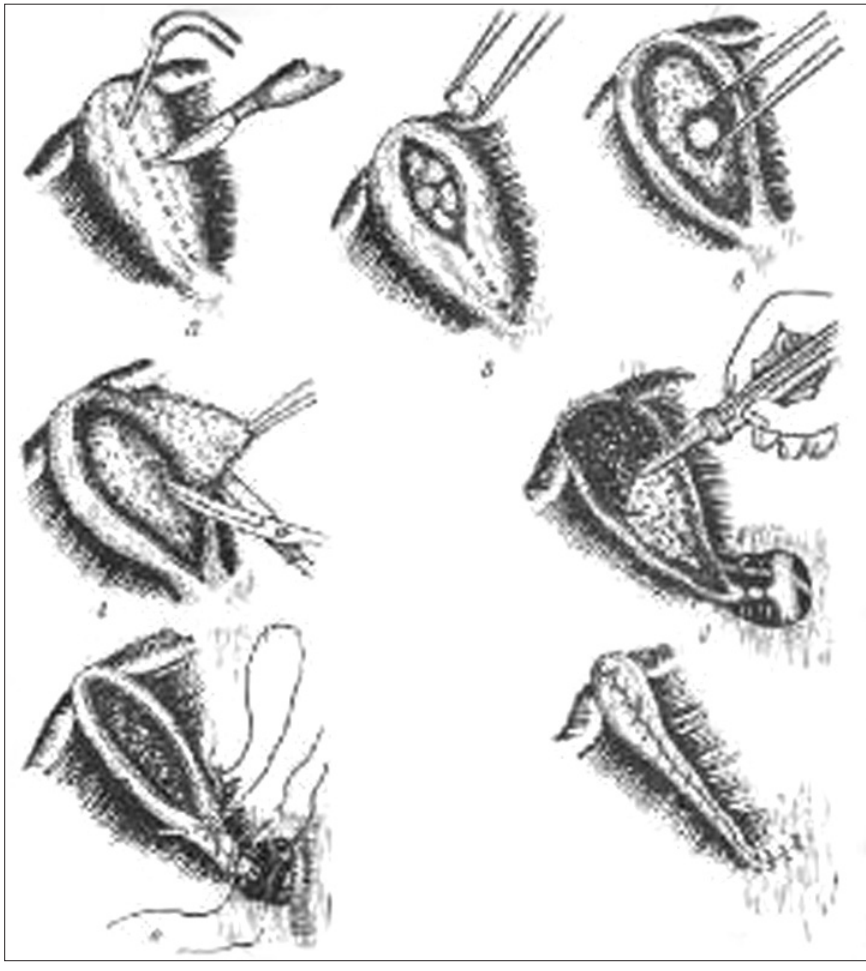


Рис. 160. **Операция Прибрама.**

Остальные вмешательства на желчном пузыре при ЖКБ хорошо известны хирургам, занимающимся этой проблемой. Их много – значительно больше, чем возникающих вариантов, выбор есть, надо уметь его сделать, не ошибиться, это уже дело опыта хирурга и его квалификации.

ГЛАВА 6.

ХИРУРГИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИИ

Отсекать лишнее намного проще, чем заполнить образовавшуюся пустоту.

КОНФУЦИЙ

Любая пустота обязательно чем-нибудь заполнится, не всегда удачно.

АВИЦЕННА

Оперируя, многие хирурги озабочены по большей части непосредственными результатами вмешательств – количеством осложнений, летальностью и т.д. Это входит в статистические отчеты, разбирается на КИЛИ, за отклонение от «нормы» могут наказать. А что происходит с больными дальше? Какова их судьба? Как справляется организм с нанесенными ему «увечьями», да, именно так. А как иначе назвать отсутствие 2/3 или всего желудка, половины толстой или тонкой кишки, желчного пузыря и др.? В большинстве случаев он приспосабливается, адаптируется к новым условиям, к утрате многих весьма важных функций, ведь каждый орган в этой единой, неразрывной, взаимосвязанной системе занимает только своё место, редко делегирует свои полномочия другим. Вспомним С.П. Федорова: «то обстоятельство, что все применяемые нами операции во многих случаях дают клинически положительный функциональный результат, свидетельствует не столько о совершенстве их, сколько об огромной приспособляемости пищеварительного тракта и организма в целом...». Однако это не всегда так. У одних больных это приспособление происходит достаточно полно – они считают себя вполне здоровыми, в течение многих лет не испытывают никаких проблем, живут полноценной жизнью, возвращаются к работе по прежним профессиям. У других всё иначе – после короткого благополучия компенсаторные возможности исчерпываются, адаптация расстраивается и, либо возвращается болезнь, либо появляются многочисленные диспептические расстройства (демпинг-синдром, диарея, безоары и т.д.), которые делают их вновь

тяжелобольными. Наступает разочарование. Видимо, правы американцы, утверждающие:

«Лучше временная неудача, чем временная удача»

Обо всём этом стоит поразмыслить и помнить, что во многих случаях от хирургического лечения можно воздержаться, справиться с ситуацией с помощью гастроэнтерологов, что операции, особенно связанные с частичным или полным удалением органа – это «ultima ratio».

В этой главе мы остановимся на некоторых заболеваниях, возникающих после хирургических вмешательств и требующих повторных операций – на «хирургии после хирургии».

6.1. Рецидивы язв после органосохраняющих операций

Это крайне неприятная ситуация и для хирургов, и для пациентов, когда возлагаемые на операцию надежды не оправдались, всё вернулось «на круги своя», всё необходимо начинать и переживать сначала, но в совершенно других условиях. Рубцово-язвенный процесс в пилоро-дуоденальной зоне меняет топографию органов до неузнаваемости – « врагу не пожелаешь». Это результат действия трёх составляющих – первичного, вызванного язвой до операции, самой операцией и рецидивной язвой. Правда, у многих больных этой категории консервативная терапия протекает успешно, что позволяет им и хирургам от повторной операции воздержаться. О них в этом разделе речь не пойдёт. Мы поделимся небольшим опытом повторных вмешательств у пациентов, у которых без операции было не обойтись – у них развились суб- и декомпенсированные **стенозы** после пилоропластики. Всего их 10 – не много. Но каждый из них достоин отдельного описания, технически всё было достаточно сложно.

Начнем с диагностики. У больных с рецидивными язвами без стенозов основной метод диагностики – фиброгастродуоденоскопия. Рентгеноскопия (-графия) помогает мало – разобраться в хитросплетениях «картинки» после действия всех трех упомянутых выше факторов достаточно сложно. Иная картина при стенозах, оценить полноту и характер эвакуации из желудка можно только в рентгенкабинете.

Различные хирурги при лечении рецидивных язв используют различные методики: выполняют повторную ваготомию либо трансабдоминальным путем либо транс-торакально; прибегают к антрумэктомии и т.д. Мы у всех своих больных выполняли резекцию 2/3 желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстер- Финстерера с формированием позадиободочного гастроэнтероанастомоза либо на короткой петле (6), либо на длинной с Брауновским соустьем (4). У всех наших больных инсулиновая проба Холландера была положительной – значит ваготомия секрецию не погасила.

Повторная резекция желудка имеет свои особенности, обусловленные значительными техническими трудностями. Перед хирургом стоит несколько задач:

1. **Войти в брюшную полость**. Это бывает непросто. В верхнем этаже после первой операции развивается мощный спаечный процесс, своеобразный «айсберг», надводная часть которого плотно сращена с послеоперационным рубцом и передней брюшной стенкой. Все «участники» этого процесса плотно спаяны, мало подвижны, опасны. Это как правило и поперечноободочная кишка, и желудок, и левая доля печени. Хирургу необходимо аккуратно, используя гидропрепаровку, пальцы и только потом режущие инструменты, отойти от передней брюшной стенки и по длине разреза и по ширине – до «углов» ободочной кишки, весь этот конгломерат «погрузить» в брюшную полость. Затем необходимо осмотреть тонкую кишку, ее роль нельзя недооценивать – от её проходимости зависит судьба анастомоза, она должна быть свободна от спаек.

2. **Подготовить желудок и двенадцатиперстную кишку** к резекции. В предыдущих разделах мы уже описывали применяемую нами методику. Хирургу необходимы четкие ориентиры «контуров» выделяемых органов. В условиях спаечного процесса, при обилии рубцовой ткани это сложно – стенки желудка пальпаторно намного «мягче» рубцов, а деформации могут быть самые неожиданные. Поэтому мы используем либо толстый желудочный зонд, смещая его то к малой кривизне, то к большой – он служит прекрасным ориентиром. Ещё лучше, но это если есть возможность, воспользоваться помощью эндоскописта – раздутый и освещённый изнутри желудок « виден как на ладони», его освобождение значительно облегчается.

Постепенно, шаг за шагом желудок мобилизируют до пилоро-дуоденальной зоны, рассекают желудочно-ободочную связку,

малый сальник, освобождают его заднюю стенку – желудок к пересечению (в пределах выбранного объема резекции) готов. Если необходимо – перевязывают левую желудочную артерию.

3. **Выполнить резекцию**. Традиционно на этом этапе операцию все начинают с пересечения двенадцатиперстной кишки, ушивания её культи, а затем продолжают двигаться в проксимальном направлении. В нашем случае это крайне сложно и опасно. «Врубаться» в инфильтрат сложно. Да и неудобно – желудок значительно ограничивает возможности для маневра, манипуляций. Поэтому мы по стандартной методике пересекаем желудок, формируем малую кривизну, укутываем её в марлевый тампон и погружаем в брюшную полость. Только после этого продолжаем мобилизацию, двигаясь по направлению к двенадцатиперстной кишке. Для еще большего удобства препарирования можно продольно рассечь переднюю стенку желудка, электроотсосом осушить его просвет, ввести в него палец и с его помощью аккуратно завершить мобилизацию до уровня стеноза. Обязательно необходимо лигировать и после этого пересечь правые желудочную и желудочно-сальниковую артерии.

Далее – самое главное: необходимо отсечь желудок от двенадцатиперстной кишки. Это может быть непросто. Крайне важно сделать это так, чтобы в **культе двенадцатиперстной кишки не осталось участков стенки желудка со слизистой**, они могут в дальнейшем стимулировать образование язв гастроэнтероанастомоза. В этой ситуации незаменим палец хирурга, введённый в просвет удаляемой части желудка, с его помощью, по линии рубцовой ткани удаётся определить границу duodeni и желудка и по ней с помощью электроножа завершить резекцию. В случаях, если ранее была выполнена пилоропластика по Гейнеке-Микуличу (у нас это 8 из 10), контуры просвета пересечённой двенадцатиперстной кишки имеют форму окружности; если же использовалась пилоропластика по Финнею – конфигурация очень сложная, с достаточным дефектом стенки кишки по её длине.

И в том, и в другом случае культю ушивают открытым способом, по возможности мобилизовав стенки для наложения полноценных швов. Здесь уже мастерство закройщика должен проявить хирург. В 6 случаях нам удалось применить двухрядный шов, в 4-х однорядный. В последнем варианте гастроэнтероанастомоз формировали на длинной петле с Брауновским соустьем и дополнительным рассечением связки Трейтца по Витебскому. Все больные были

благополучно выписаны. Но были и другие выводы. При ревизии, мобилизации установили, что в 2-х случаях основные стволы блуждающих нервов пересечены не были (в эпикризе – стволовая ваготомия), в 8-ми случаях хирурги не выполнили мобилизацию duodeni по Кохеру, в одном случае задекларированная селективная ваготомия заключалась в прошивании малого сальника у малой кривизны желудка в средней её части мощными шелковыми лигатурами и пересечении связки по направлению к желудку – все это информация к размышлению для организаторов здравоохранения.

P.S. При ревизии необходимо тщательно осмотреть и аккуратно пропальпировать поджелудочную железу – исключить синдром Цоллингера-Эллисона, который также может служить причиной рецидива язвы.

6.2. Пептические язвы гастроэнтероанастомозов

Пептические язвы гастроэнтероанастомозов мы относим к тяжелым осложнениям первичных операций. Больных целесообразно разделить на две основные группы:

а) перенесшие резекцию желудка по Бильрот–2;

б) со сформированными анастомозами без резекции (при стенозах, ранениях двенадцатиперстной кишки и т.д.) Это, в общем-то, уже самостоятельные заболевания, имеющие свои причины. Анализируя их суть, у многих больных на первичных операциях можно принять эффективные профилактические меры. На кафедре одного из авторов монографии проблема пептических язв желудочно-кишечного соустья была предметом специального изучения (А.А.Курыгин). Были получены интересные, на наш взгляд, результаты :

- у 85,4 % больных резекция желудка по Бильрот–2 была выполнена по поводу первичной язвы двенадцатиперстной кишки, и у 14,6% – в пилорическом отделе желудка (т.е. при пилоро-дуоденальных язвах);
- у 5% больных в культе двенадцатиперстной кишки была оставлена слизистая желудка;
- у 5 % пациентов обнаружены эндокринные опухоли в поджелудочной железе (синдром Цоллингера-Эллисона);
- у 52 % больных была недостаточная по объему резекция желудка (1/2 и менее).

Анализ приведенной информации подсказывает и пути решения проблемы, мероприятия при первичной операции: предпочте-

ние органосохраняющим операциям при язвах 12-перстной кишки; тщательная обработка культи двенадцатиперстной кишки, пересечения её дистальнее привратника; тщательная ревизия поджелудочной железы с целью исключения эндокринных опухолей; выполнение резекция желудка в полном объеме – не менее 2/3.

В группе больных с гастроэнтероанастомозами без резекции желудка выделено две особенности:

- у 90 % больных не была выполнена ваготомия, кислотопродуцирующая функция желудка сохранена в полном предоперационном объеме;
- у 50 % анастомоз был сформирован на длинной петле с Брауновским соустьем.
- у 10 % анастомоз располагался на передней стенки желудка, отступя от большой кривизны на 3-4 см (затрудненное опорожнение);
- пептические язвы анастомозов появились в течение 1 года после операции у 66,4% больных, в более поздние сроки у 33,6 %;
- осложнения пептических язв – пенетрации, кровотечения, перфорации развились у 62% больных (много! опасно!)

Приведенные статистические данные убедительно доказывают всю серьезность проблемы. Что делать? Лечить, естественно! Кому? Хирургам, естественно. Гастроэнтерологи этим вопросом не занимаются, сразу направляют больных к « виновникам» – т.е. к нам.

«Плановых» больных хирурги, как правило, оперировать не спешат. Неосложненные язвы анастомоза начинают лечить консервативно. В комплекс мероприятий включают блокаторы (ингибиторы) протонной помпы, пленкообразующие препараты, цитопротекторы(синтетические простагландины), оксибаротерапию, ну и, конечно же – диету. У 77 % отобранных больных наступило излечение в течение 4-6 недель. Остальные, вместе с группой больных с опасными для жизни осложнениями, были прооперированы. Вид оперативного вмешательства зависит от локализации язвы, характера осложнения, вида первичной операции. Каждому больному – своя операция.

В связи с вышесказанным приведём варианты хирургической тактики:

1. При пептических язвах анастомоза, вызванных недостаточной по объему резекцией желудка, возможна стволовая ваготомия, выполненная над диафрагмой торакоскопическим или обычным

способом. По данным клиники (А.А. Курыгин) из 45 больных, прооперированных таким способом в сроки от 1 года до 20 лет после операции, рецидив заболевания наступил лишь у 3 (6,6%), из них у 2 выявлен синдром Цоллингера-Эллисона.

2. При оставленной в культе двенадцатиперстной кишки желудочной слизистой выполняют резекцию культи и стволовую ваготомию.

3. При гастроеюностомии без резекции и ваготомии – резекция 2/3 желудка с удалением пораженного язвой анастомоза.

4. При недостаточном объеме первичной резекции или неправильной её технике – резекция с удалением пораженного участка, стволовая ваготомия.

5. При желудочно-тощекишечно-толстокишечной пенетрации с образованием свища – стволовая ваготомия в сочетании с резекцией желудка, пораженного участка тощей кишки и участка толстой кишки.

Мы привели основные варианты операций в зависимости от конкретной ситуации. Вариантов по сути дела два – а) погасить кислотность путем ваготомии без обширной травматичной операции по реконструкции анастомоза ; б) резекция анастомоза с участком тощей кишки и язвой. Выбор определяется опытом хирурга, приверженностью тем или иным взглядам на проблему. Всё же мы опишем технику радикальных вмешательств, в частности – резекцию при пептической язве анастомоза и резекцию при пептической язве анастомоза с пенетрацией в поперечно – ободочную кишку с образованием свища.

При резекции по поводу пенетрирующей язвы анастомоза (без пенетрации), как и при многих других повторных операциях на органах брюшной полости, сложности начинаются с самого начала: прежде всего необходимо войти в брюшную полость, затем освободить от многочисленных сращений культю желудка и использованную для анастомоза петлю тощей кишки, проверить проходимость остальной части тонкой кишки. Как это лучше сделать – мы писали в предыдущих разделах. Мы также писали, что весьма полезны либо эндоскопическая ассистенция, либо толстый желудочный зонд, введённый в культю желудка и отводящую петлю анестезиологом, который служит прекрасным, ощущаемым пальцами хирурга ориентиром. Это так. Но есть и предостережение. Эндоскопической ассистенцией необходимо пользоваться с осторожностью – в одно мгновение можно накачать воздухом всю тонкую кишку,

которая также превратится в ощутимую помеху. Поэтому мы в этих случаях предпочитаем зонд, или тампонами прижимаем отводящую петлю кишки(но это неудобно).

Мобилизировав культю желудка выше поперечно-ободочной кишки, приступают к ревизии и мобилизации анастомоза, приводящей и отводящей петель тощей кишки. Необходимо помнить, что большинство язв локализуется в отводящей петле на разном расстоянии от линии анастомоза, реже по его линии, еще реже в культе желудка. Приподнимают поперечно-ободочную кишку, натягивая её брыжейку. Желудочный зонд-ориентир проводят в отводящую кишку – хирург её отлично ощущает в спайках, инфильтрате. При активной язве кишка и культя отёчны, гиперемированы. могут быть покрыты налетом фибрина, брыжейка поперечной ободочной кишки в этом месте также воспалена и деформирована. Ориентируясь на зонд, аккуратно высвобождают тощую кишку. Далее – очень важный момент: анастомоз необходимо высвободить из брыжейки, к которой он был подшит на первичной операции. Важно быть вдвойне осторожным – периульцеральний процесс (воспаление, рубцы) деформировал брыжейку, изменил топографию проходящих здесь **средней толстокишечной артерии и её ветвей**, их повреждать крайне нежелательно. Опасно мощное кровотечение, нарушается питание кишки. Определившись со всеми ориентирами и рисками, приступают к очень важному этапу – циркулярно рассекают брыжейку для полного освобождения анастомоза. Поперечноободочную кишку ещё выше приподнимают, брыжейку «ощущают» с обеих сторон – сверху и снизу, И ножницами, в бессосудистой зоне, соблюдая осторожность освобождают культю желудка с анастомозом, приводящей и отводящей петлей. Пальцами контролируют заднюю стенку культи – там могут быть спайки с поджелудочной железой. После всего этого культю желудка вместе с петлёй тощей кишки полностью выводят в верхний этаж брюшной полости- они готовы для выполнения главного этапа операции – резекции. Приводящую петлю необходимо аккуратно отделить от малой кривизны культи (шпоры Гофмейтера – Финстерера), её немного, но она «в дефиците», если будет принято решение о формирование анастомоза по Ру, важен каждый её сантиметр, чем «ниже» энтеро-энтероанастомоз – тем надежнее предупреждение рефлюкса в культю. Далее всё делают так, как при резекции желудка. На культю со стороны большой кривизны накладывают 2 зажима, стенку

между ними пересекают, от «кончиков» зажимов по направлению к малой кривизне и пищеводу, остающуюся часть стенки прошивают аппаратом, на «уходящую» накладывают зажим, стенку между ними также рассекают. Тонкую кишку в зоне анастомоза пересекают между зажимами, «препарат» с язвой удаляют. Зону операции приводят в порядок: гемостаз, досекают спайки. Далее приступают к формированию гастроэюноанастомоза. Вариантов несколько:

- По РУ;
- По РУ-Витебскому
- По Бильрот-2 в модификации Гофмейстера-Фистерра на короткой или длинной петле с Брауновским соустьем;
- анастомозы располагают позади- или впереди-ободочно.

Выбор метода анастомозирования определяет хирург, в зависимости от сложившейся топографии органов и своих убеждений. Но начать, всё же, мы рекомендуем со стволовой ваготомии – язва рецидивная – нужны гарантии, одна из них – ваготомия, вторая – достаточный объем резекция культи желудка, с обязательным удалением всей кислотопродуцирующей зоны.



Рис. 161. **Нижний задний клапанный гастроэнтероанастомоз по Ру-Витебскому.**

Один из вариантов резекции представлен на рис. 161.

Значительно более сложная ситуация складывается при пенетрации язвы анастомоза в поперечно-ободочную кишку, особенно с формированием свища. Как и в предыдущем случае, операция состоит из нескольких этапов: разделение сокращений и разобщение участвующих в них органов; резекция культи желудка или резекция желудка при гастроэнтероанастомозе в необходимых пределах; погружение при пенетрации или резекция при свище поперечно-ободочной кишки. Восстановление пассажа.

Основные этапы операции при язве гастроэнтероанастомоза, пенетрирующей в поперечно-ободочную кишку с формированием свища, представлены на рис. 162.



Рис. 162. **Основные этапы операции при язве гастроэнтероанастомоза, пенетрирующей в поперечно-ободочную кишку с формированием свища. (По Э.Итала).**

6.3. Синдром приводящей петли

Так называть это пострезекционные патологическое состояние предложил Ру, большой мастер желудочной хирургии. Оно наблюдается достаточно часто – примерно у 8-10% больных, перенесших резекцию желудка, выполненную исключительно по Бильрот-2, в любых её модификациях. Примерно 3% больных с этим синдромом нуждается в повторных коррегирующих операциях. Можно по-разному трактовать механизмы его развитии. Но чаще всего – это механические причины, созданые или заложеные хирургом на первой операции.

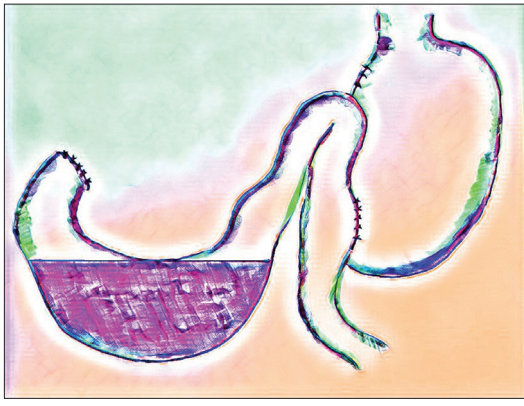


Рис. 163. **Схема роли неправильно сформированной «шпоры» Гофмейстер-Финстерера.**

Их несколько:

*слишком высоко поднятая шпора Гофмейстера – Финстерера (почти до самого пищевода), создающая перегиб, сужения и труднопреодоли-

мое препятствие. Для нормального опорожнения 12-перстной кишки (напомним – за сутки в неё поступает более 2 л желчи и панкреатического сока, эту «гремучую» смесь необходимо своевременно эвакуировать, передерживать опасно);



Рис. 164. **Два перегиба, приводящие к нарушению эвакуации.**

* «совместное» препятствия для эвакуации содержимого из 12-перстной кишки: «шпора» Гофмейстер-Финстерера и перегиб в дуоденальном переходе (связке Трейца):

При анастомозе на «короткой петле» шпора Финстерера уже препятствие. Но если хирург не оценил топографию дуоденально-еюнального перехода и роль связки Трейтца – то их становится уже два, а это не всякой двенадцатиперстной кишке под силу.

* горизонтальное расположение вновь сформированной культи желудка и гастроеюноанастомоза, при котором пищевые массы поступают в отводящую и приводящую петли тощей кишки, что в конце концов приводит к раздражению и воспалению стенки Duodeni, её атонии, стазу.



Рис. 165. **Горизонтальное положение линии анастомоза.**

Клинические проявления синдрома приводящей петли, требующие оперативного лечения, достаточно характерны: в правом подреберье периодически возникают сильные распирающие боли, которые сменяются рвотой (до 500-600 мл.) желчью, приносящей

облегчение. Часто больные вызывает рвоту сами. Приступы развиваются 3-4 раза в неделю. Постепенно больные теряют в весе, у многих развивается эрозивно-язвенный эзофагит.

Диагностика – рентгенологическое исследование,гастроскопия, КТ, МРТ.

Наиболее характерная картина выявляется при ФГС : в нижних отделах пищевода – воспаление, отек, эрозии, изъявления, налеты фибрина ; культя желудка также с признаками воспаления; дуоденальное содержимое либо не поступает либо наоборот – процедура осмотра может сопровождаться его внезапным, обильным сбросом.

Нами оперировано 40 больных синдром приводящей петли средней и тяжёлой степени. Выбору операции предшествовала тщательная ревизия после мобилизации культи в зоне анастомоза. В 30 случаях выполнена реконструкция анастомоза по Ру, в 10 (у ослабленных больных) был сформирован дуоденоеюно-анастомоз по типу «бок- в- бок». Во всех случаях в обязательном порядке пересекали связку Трейтца с целью устранения механического препятствия в месте дуодено-еюнального перехода. В качестве дополнения выполняли стволовую ваготомию.

6.4. Внутренние грыжи в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки

В 1954 году вышла монография С.В.Рубашова «Резекция желудка при язвенной болезни». Жаль, что молодые хирурги не читают «старых» авторов, у них можно узнать много полезного. Так вот, С.В.Рубашов провёл анкетирование многих известных в то время хирургов – все они подробно ответили на поставленные вопросы, а автор провёл их тщательный анализ. Один из таких вопросов касался необходимости и методов фиксации анастомоза в окне брыжейки. Приведем несколько цитат :

*А.О. Верещинский (после эмиграции – главный хирург клиники Мейо, из клиники Н.Н.Петрова): «...После окончания формирования анастомоза мы всегда поднимаем кверху поперечно-ободочную кишку, убеждаемся по пульсации сосудов брыжейки в полной их сохранности и протаскиваем в отверстие наложенный анастомоз; края отверстия брыжейки фиксируем к стенке желудка 3-4 тонкими шелковыми швами ; фиксация эта производится для того, чтобы культя лучше опорожнялась и чтобы в послеоперационном периоде анастомоз и петля тонкой кишки не проскальзывали обратно в

верхний этаж, в результате чего могла бы образоваться внутренняя грыжа и непроходимость»....

Чёткая, понятная позиция, главное – полезная. Но не все так думают и делают. Вот ответ одного из известных в то время хирургов, на счету которого сотни операций :.. «вот уже никогла не думал, что нужно крепить желудочную культю при резекции в окно мезоколон...!»; или другой автор: «...чистосердечно скажу, что не придаю этому никакого значения. ... возможно в этом есть моё теоретическое упущение»...

Хирург В.Кокорин пишет: «...сообщаю Вам мнение моего учителя по этому вопросу – С.К.Эленевского, который вообще никогда и ничего не фиксировал к окну брыжейки ни при резекции, ни при заднем Г.Э.А. Это я сам много раз у него мог видеть, при этом он уверил меня, что никогда не испитывал никаких неприятностей. .»

Мы думаем, что многие «нигилисты» изменили бы свое мнение при первых же осложнениях у прооперированных ими больных. Под нашим наблюдением были пациенты со следующими вариантами последствий неушитого окна:

*петля тонкой кишки внедрилась в отверстие, оставленное между стенкой желудка и брижейкой поперечно-ободочной кишки с развитием высокой ОКН.

* культя желудка, не фиксированная в окне брыжейки вместе с приводящей и отводящей петлей, переместилась кверху; рубцовый процесс в брыжейке привел к развитию высокой ОКН;

* через 3 года после операции при впереди-ободочном анастомозе одна из петель тощей кишки «проникла» через окно в брыжейке (не ушитом и сделанном по непонятным причинам) в верхний этаж брюшной полости и ущемилась.

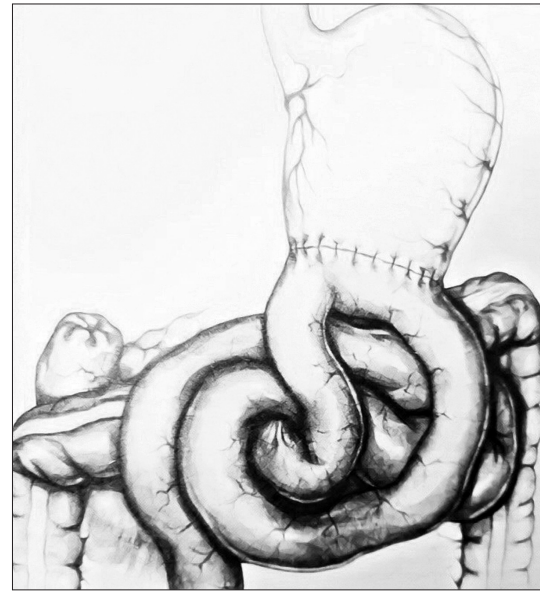


Рис. 166. **Один из вариантов «внутренней» грыжи. (По Итала).**

6.5. Синдром отключенной 12-перстной кишки, демпинг-синдром и не только

Кроме осложнений, вызванных только морфологическими причинами, есть еще целая группа патологических состояний, вызванных функциональными изменениями, особенно в результате резекции желудка по «Бильрот-2», при которой полностью исключается из пассажа пищевых масс 12-перстная кишка, и эвакуация из культи желудка происходит непосредственно в тонкую кишку, с достаточно большей скоростью, без обработки в дуоденум. К сожалению, хирурги мало знают и редко вспоминают о физиологии и регуляции работы всей гепатопанкрео-, гастродуоденальной зоны. Именно 12-перстная кишка является «главным штабом» всей пищеварительной системы, а луковица кишки выполняет запуск ее работы, где все взаимосвязано, где все объединено в одну цепь, где любой дефект приводит к серьезным последствиям.

Не может существовать цепь с разрушенным звеном.
Восточная мудрость.

Истощение компенсаторных механизмов приводит к тяжелым нарушениям гомеостаза, клиническими проявлениями которых в первую очередь становятся тяжелые диспепсические нарушения, которые делают многих пациентов тяжело больными: резко нарушаются переваривание и усвоение жиров, белков и углеводов, страдает обеспечение организма всем необходимым для успешного обеспечения множественных его функций, наступает истощение. Эти процессы развиваются поэтапно, достаточно медленно. Но есть и достаточно острые ситуации, при которых пищевые вещества, поступая непрерывной струей из культи желудка, без тщательной обработки соляной кислотой и ферментами желудочного сока, с «молниеносной скоростью» проходят по тонкой кишке, не поддаваясь полноценной обработке ферментами и бактериями, а следовательно и не усваиваются, клинически проявляются симптомами, которые объединяются в понятии «Демпинг-синдром». Для него характерны – тахикардия, падение артериального давления, боли в сердце, головокружение, сонливость, потливость, понос. В конце – полное истощение, потеря работоспособности; пациенты, лишившись язвы и значительного участка желудка, становятся инвалидами.

Существует целая система консервативных мероприятий, направленная на поддержание стабилизационных механизмов и ликвидацию патологических изменений. Мы остановимся лишь на методах хирургической коррекции, направленных на восстановление пассажа по 12-перстной кишке. Их можно было бы избежать в значительной степени при правильном выборе операции в пользу резекции желудка по «Бильрот-1», или в пользу органосохраняющих операций. В основу операции по включению положена методика Куприянова-Захарова-Генлея. Ее сущность заключается в том, что пассаж по 12-перстной кишке восстанавливается с помощью отрезка тонкой кишки, который должен соединить культю желудка и 12-перстную кишку. Схема операций на рис. 167-168.

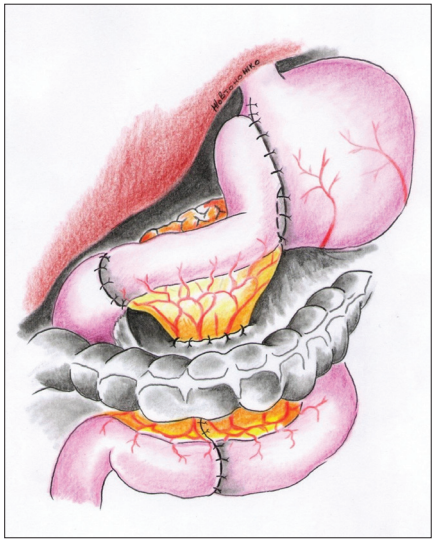


Рис. 167. **Операция включения двенадцатиперстной кишки по методике Е. Н. Захарова**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

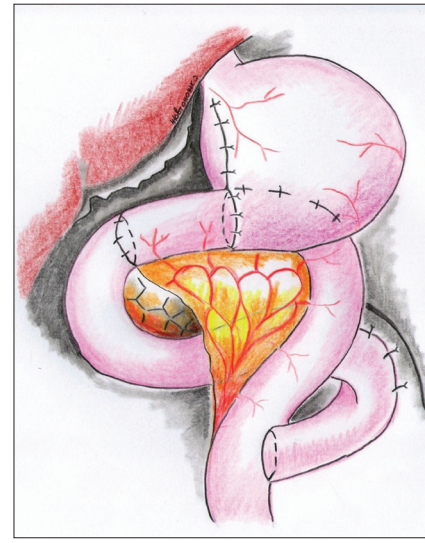


Рис. 168. **Операция включения двенадцатиперстной кишки по Витебскому-Ру**
(Рис. Жовтоножка А.И.)

Мы разобрали только некоторые ситуации, которые развиваются после резекции желудка. Во всех случаях подход к операциям строго индивидуален. Общие требования к хирургу, сформированы известным профессором Е.Л. Березовым: «...тот, кто берется за

повторную операцию, должен в совершенстве владеть всеми методами резекции желудка и кишечника, и быть готовым к новым тяжелых и сложным вмешательствам в условиях нарушения нормальных анатомо-топографических отношений. В противном случае малоподготовленному хирургу иногда не удается даже войти в брюшную полость».

6.6. Трансплантация тонкой кишки после обширных ее резекций

Тонкую кишку укорачивают в размерах в различных ситуациях и с разными целями. В одних случаях это вынужденная мера: при множественных огнестрельных ранениях, при тромбозах мезентериальных сосудов, при заворотах с некрозом кишки и т.д. В других – делают это сознательно, искренне желая помочь пациенту избавиться от лишнего веса, достичь его снижение на 50-70 кг и более. Но в том и в другом случае организм оставляют без главной пищевой лаборатории, и в том и в другом случае развивается энтеральная недостаточность, с которой организм до поры до времени справляется сам и с нашей помощью. В период декомпенсации появляется стремление помочь реально – выполнить аллотрансплантацию тонкой кишки, тем более, что технически операция не самая сложная, некоторые хирурги приходят в возбуждение в предчуствии скорого успеха. Но так ли все просто? Давайте разберемся.

Во-первых: операция и идея не новы. Первая была выполнена в 1963 в США хирургом Фишером. Прошло много лет, но распространения она так и не получила.

Во-вторых: после первых же пересадок начали проявляться и выявляться некоторые особенности:

- кишечный трансплантат обладает мощным лимфоидным аппаратом (интрамуральные сплетения лимфоцитов – Пейеровы бляшки), которые активно начинают вырабатывать антитела против и без того ослабленного хозяина. Это вызывает серьезные трудности в подавлении реакции тканевой несовместимости, трудно подобрать эффективные препараты;
- множественные лимфатические сосуды трансплантата при его взятии пересекаются и не восстанавливаются, отток лимфы прекращается, а вместе с ним и всасывание расщепленных в кишке жиров, важнейшего энергетического компонента гомеостаза;

- пересечение нервных окончаний усугубляет моторно-эвакуационные расстройства, вызванные травматичностью операции;
- восстановление артериального кровоснабжения и венозного оттока не дает мгновенных результатов, гемодинамика нормализуется медленно, в это время развивается ишемия стенки, страдает барьерная функция.

Все это делает осторожными и осмотрительными думающих хирургов, в связи с чем статистика успешных операций не такая уж и большая.

Но все-таки об этих операциях нужно знать.

Где взять трансплантат? Их получают как в результате посмертного донорства, так и от живого родственного донора, при этом важно не нанести вред самому ему – изъятый отросток тонкой кишки не должен превышать 100 см. по длине. При посмертном донорстве таких ограничений нет. Его формируют из любого отрезка тонкой кишки. Размеры определяются целостностью сосудистых аркад на протяжении стенки кишки, которая питается от одной из ветвей верхней брыжеечной артерии с оттоком **в один** венозный ствол. После взятия трансплантата от живого донора накладывают

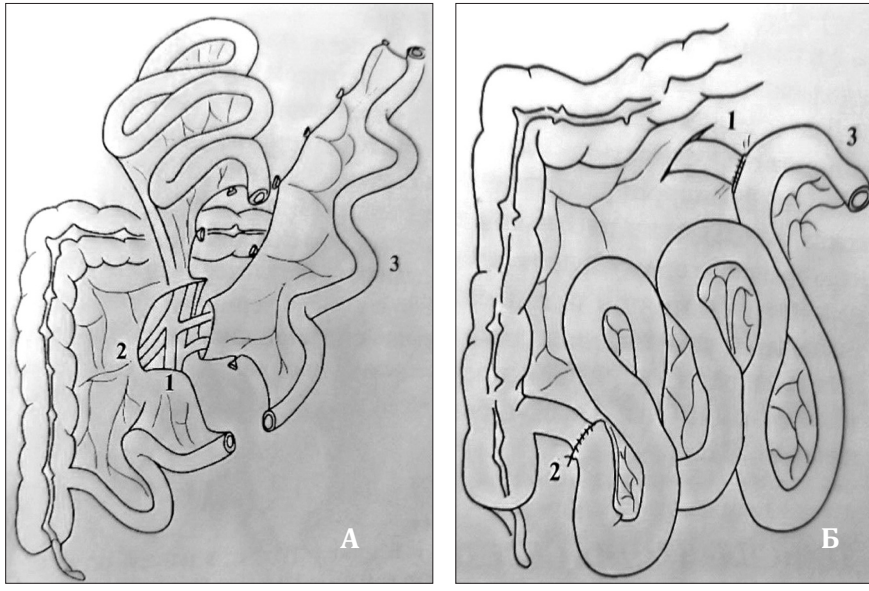


Рис. 169. **Схема операции по трансплантации тонкой кишки.**

анастомоз «конец в конец». Затем его помещают в подготовленную брюшную полость реципиента: петли собственной тонкой кишки должны быть подготовлены, сосуды для анастомоза обнажены. Вену трансплантата сшивают с воротной веной реципиента, есть и другие варианты. Артерию вшивают в верхнюю брыжеечную артерию или ее крупную ветвь. Дистальный кишечный анастомоз формируют по типу «конец в конец», а проксимальный – либо сразу («конец в конец», «конец в бок»), либо выводят концевую энтеростому на переднюю брюшную стенку.

При удачном послеоперационном периоде пациент должен находиться под постянным наблюдением хирургов-трансплантологов и принимать имуннодепресанты, антикоагулянты и т.д. Считают, что у этой операции есть будущее (рис. 169).

6.7. Абсцессы брюшной полости

Мы включили этот раздел в главу «хирургия после хирургии» по той причине, что к образованию абсцессов в части случаев имеет отношение хирургия: недостаточная интраоперационная санация, неадекватное дренирование, недостаточный контроль за дренажами и др. играют свою роль.

Абсцессы в животе встречается довольно часто – они локализуются в различных органах (печени, селезенке), тканях (забрюшинной клетчатке), в брюшной полости – под диафрагмой, печенью, между петлями кишечника, в малом тазу. К ним привыкли и стараются своевременно диагностировать и различным способами санировать.

Так что же это такое – абсцесс? А вот тут оказалось всё не так просто, начиная с терминологии и определения. Есть классические определения, а есть бытовые представления, и они не совпадают друг с другом, не принося, правда, вреда основным задачам – диагностике и лечению.

«Абсцесс (БМЭ) – (lat. Abscessus – нарыв, гнойник, апостема) ограниченное скопление гноя в различных тканях и органах. Необходимо отличать от эмпиемы – скопление гноя в полостях тела и полых органах… Абсцесс всегда развивается либо в уже погибших тканях, или в живых тканях, подвергающихся сильному микробному воздействию... В начальном периоде формирования абсцесса инфильтрируется воспалительным экссудатом и лейкоцитами

ограниченный участок тканей, постепенно ткань подвергается расплавлению и образуется полость, заполненная гнойным экссудатом. По ее периферии развивается зона демаркационного воспаления, инфильтрат которой служит материалом для формирования пиогенной мембраны, отделяя стенку полости. Это богатый сосудами слой грануляционной ткани. Постепенно в той ее части, которая обращена в сторону окружающих абсцесс тканей грануляционная ткань созревает с образованием соединительной ткани.»

Таким образом, согласно классическому представлению для образования абсцесса нужны участки некроза и его расплавление в органах и тканях.

«Эмпиема (греч. Empyema – гнойник) – **значительное скопление гноя внутри полого органа или полости тела**, ограниченный пиогеной мембраной – оболочкой, сложившейся из грануляционной ткани и фиброзных волокон. Эмпиему нужно отличать от абсцесса, который располагается в толще тканей и ограничен пиогеной мембраной. Иными словами – это (со времен Гиппократа) ограниченное скопление гноя в анатомической полости – плевральной, брюшной, которая является осложнением различных гнойно-некротических заболеваний».

Так с чем же имеют дело абдоминальные хирурги, – с абсцессами или эмпиемой? Как правило они не очень обеспокоены терминологической чистотой определений и называют абсцессом любое ограниченное оболочкой скопление гноя – будь то в органах вследствие некроза тканей, будь то в брюшной полости в результате отграничения в том или в другом ее отделе гнойного выпота. Интересы практической медицины оказались важнее терминологических нюансов. Происхождение разное, суть одна.

Прежде всего необходимо отметить, что как и в любом другом явлении здесь есть две стороны – положительная и отрицательная. Положительная состоит в том, что формирование абсцесса – это проявление либо внешних, либо восстанавливающихся после тяжелого потрясения и несостоятельности защитных сил организма. Это означает, что он справляется самостоятельно, или с нашей помощью, с важнейшей задачей – изолировать, отграничить очаг инфицирования, сделать его, хотя бы на время, менее опасным – особенно это важно при перитоните – это предвестник благоприятного исхода.

Отрицательная – это непредсказуемость его «поведения», постоянная угроза осложнений. Как правило, она связана с самостоятельным опорожнением – прорывом. Самый благоприятный вариант – прорыв наружу, менее благоприятный – прорыв и опорожнение в полый орган (желудок, тонкую, толстую кишку и др.), катастрофический – прорыв в свободную брюшную полость с развитием гнойного перитонита. Но и при положительных вариантах есть негатив – это формирование свищей, лечить которые иногда бывает крайне сложно.

Существует множество классификаций внутрибрюшных абсцессов. Наше главное к ним требование – они должны быть удобными, простыми, понятными, они должны помогать хирургу, а не мешать.

Прежде всего, все абсцессы следует разделить на внутриорганые и внеорганые, которые в свою очередь можно разделить на внутрибрюшные (интраперитонеальные) и внебрюшинные (экстраперитонеальные). Это очень удобно. Это сразу говорит о происхождении абсцессов, ориентирует на выбор хирургической тактики.

Каждое из этих положений можно детализировать. Висцеральные нуждаются в уточнении – внутрипеченочные, селезеночные, почечные и т.д. Внеорганные – это поддиафрагмальные, подпеченочные, сальниковой сумки, межпетельные, тазовые, паранефральные, парапанкреатические, псоас – абсцессы и т.д. Любая из этих характеристик может быть дополнена индивидуальными характеристиками.

Итак, при сформировавшемся абсцессе главное – это локализация и, пожалуй, размеры.

Крайне важна – грамотная диагностика. Общеклинические симтомы известны всем – ухудшение состояния больного на фоне наметившегося благополучия; появление очага постоянных, распирающих болей; признаки дыхательной недостаточности, тахикардия, повышение температуры тела, тошнота, рвота, отрыжка, икота, лейкоцитоз со смещением формулы «влево» и др. При клиническом осмотре (обследовании) хирург может определить следующие симтомы (при **поддиафрагмальных** абсцессах):

- Бакурадзе – болезненность при пальпации межреберных промежутков на пораженный стороне;

- Крюкова – давление на реберную дугу вызывает болезненность;
- Лежара – наличие в области правого подреберья болезненного упругого выпячивания;
- Литтена – выпячивание межреберных промежутков при вдохе у худых пациентов;
- Лурье – баллотация печени: одна рука размещается в правом подреберье, другой проводят толчки в подлопаточной области;
- Петровского – эластичное выпячивание в верхних отделах живота и пастозность кожной складки.

Другие абсцессы в брюшной полости можно пропальпировать, обнаружить при пальцевом обследовании прямой кишки.

В настоящее время симптомами хирурги руководствуются мало. В век технических революций всё заменяют инструментальные методы диагностики.

Рентгенологический метод – самый простой, доступный и привычный, но, к сожалению, не всегда информативный.

Наиболее убедительна информация, при правосторонних поддиафрагмальных абсцессах: наличие газового пузыря под диафрагмой и подвижного уровня жидкости под ним, значительное увеличение тени печени (при отсутствии в полости абсцесса газа), резкое ограничение подвижности купола диафрагмы, реактивный выпот в плевральной полости, смещение близлежащих органов.

При левосторонних поддиафрагмальных абсцессах диагностика несколько сложнее. Необходимо четко уметь распознавать газовый пузырь желудка, а также газ и жидкость в прилежащих участках толстой кишки. Помогает водорастворимый контраст, данный во время исследования per os, при возможности – введенный в толстую кишку в виде клизмы. Признаки абсцесса те же – изменения диафрагмы, выпот в плевральной полости, свободный газ и уровень жидкости в нем.

При межпетельных абсцессах может быть обнаружено интенсивное затемнение, иногда с наличием газа и уровнем жидкости, при енетерографии петли кишки с контрастом огибают его.

Наиболее информативны такие методы диагностики, как УЗИ, КТ, МРТ. На последующих рисунках четко продемонстрирована их информативность (рис. 170-177):



Рис. 170. **Правосторонний поддиафрагмальный абсцесс – под диафрагмой определяется полость, содержащая газ и жидкость (прямая проекция)**

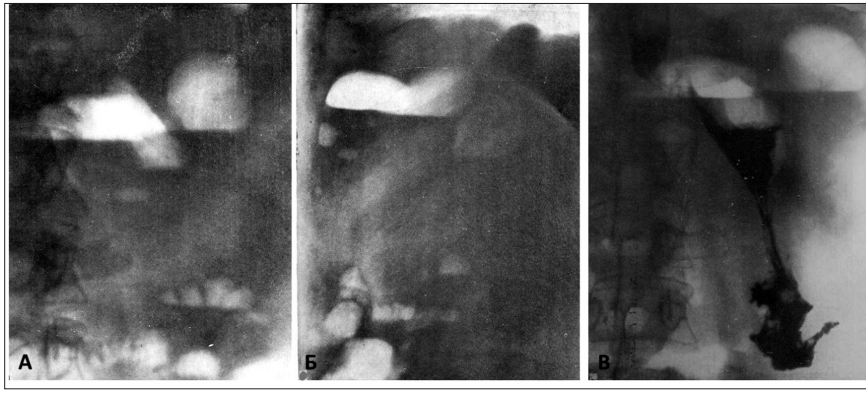


Рис. 171. **Левосторонний поддиафрагмальный абсцесс:**
А) прямая проекция – под диафрагмой определяется несколько горизонтальных уровней жидкости;
Б) боковая проекция; В) после контрастирования желудка отмечается, что полость абсцесса занимает всю левую половину поддиафрагмального пространства (прямая проекция)

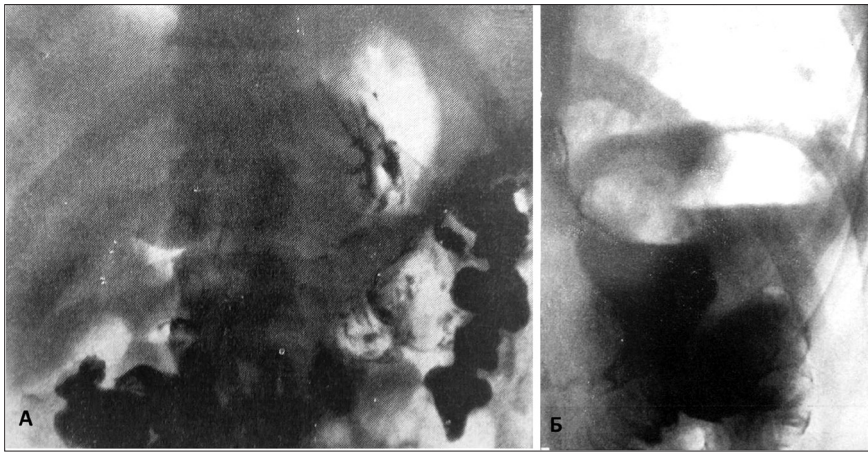


Рис. 172. **Левосторонний поддиафрагмальный абсцесс:**
А) слева от культи желудка определяется воздушная полость с четкими контурами, селезеночный угол толстой кишки смещен вниз; Б) через 24 часа после приема бариевой взвеси – определяется четкий горизонтальный уровень жидкости вне контрастированной культи желудка

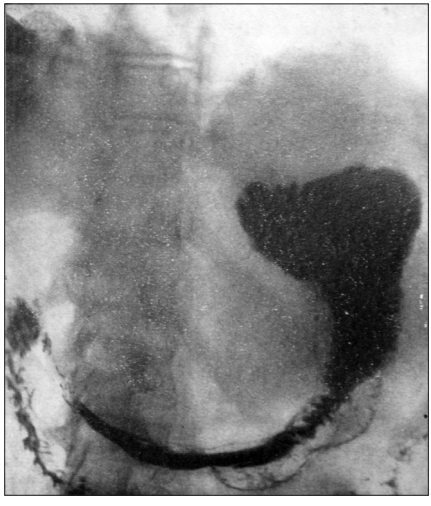


Рис. 173. **Дугообразное оттеснение желудка влево и вниз – срединный безгазовый абсцесс (прямая проекция)**

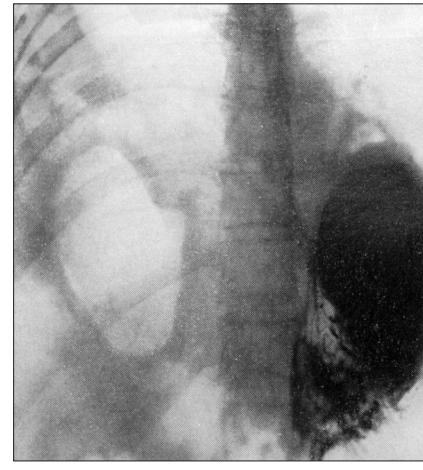


Рис. 174. **Подпеченочный абсцесс – справа на фоне тени печени определяется воздушная полость с четкими границами, полость абсцесса вскрылась**

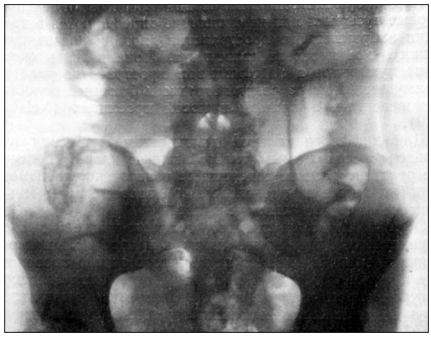


Рис. 175. **Периаппендикулярный абсцесс в области правого латерального канала: кнаружи от восходящей кишки на фоне затемнения определяются мелкие просветления – пузырьки газа, создающие рисунок пемзы**

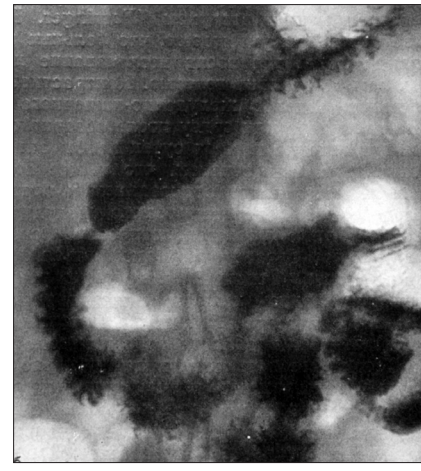


Рис. 176. **В проекции головки поджелудочной железы видна полость с горизонтальным уровнем жидкости. Желудок с контрастным веществом смещен вправо и вверх, развертывание петли двенадцатиперстной кишки**

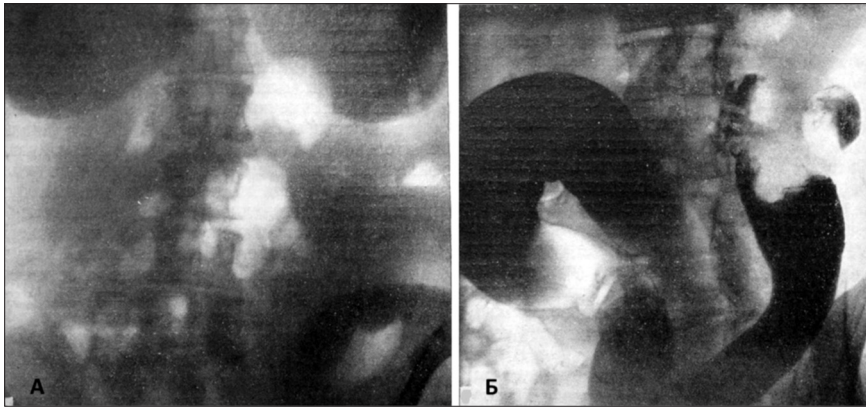


Рис. 177. **А) абсцесс в области левого латерального канала – в проекции нисходящей кишки определяется горизонтальный уровень жидкости; Б) при контрастном исследовании толстой кишки отчетливо определяется опухоль нисходящего отдела, в полости абсцесса – небольшое количество бариевой взвеси**

УЗИ – диагностика:



Рис. 178. **Поддиафрагмальный абсцесс справа (по Э.В. Светличному)**



Рис. 179. **Поддиафрагмальный абсцесс справа (по Э.В. Светличному)**



Рис. 180. **Поддиафрагмальный абсцесс слева (по Э.В. Светличному)**



Рис. 181. **Подпеченочный абсцесс (по Э.В. Светличному)**



Рис. 182. **Подпечёночный абсцесс (по Э.В. Светличному)**



Рис. 183. **Внутриорганный абсцесс правой доли печени (по Э.В. Светличному)**



Рис. 184. **Паравезикальный абсцесс (по Э.В. Светличному)**

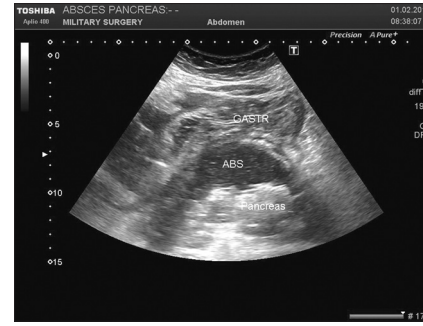


Рис. 185. **Абсцесс сальниковой сумки (по Э.В. Светличному)**



Рис. 186. **Межпетельный абсцесс брюшной полости (по Э.В. Светличному)**

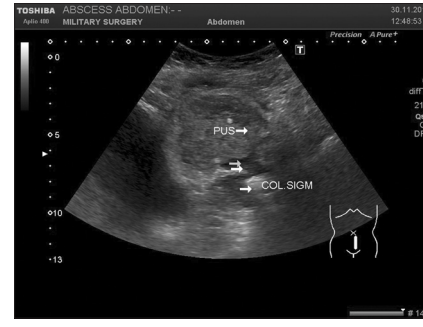


Рис. 187. **Межпетельный абсцесс брюшной полости (по Э.В. Светличному)**



Рис. 188. **Аппендикулярный абсцесс (по Э.В. Светличному)**



Рис. 189. **Абсцесс пространства Дугласа (по Э.В. Светличному)**



Рис. 190. **Абсцесс забрюшинного пространства (по Э.В. Светличному)**

КТ-диагностика:

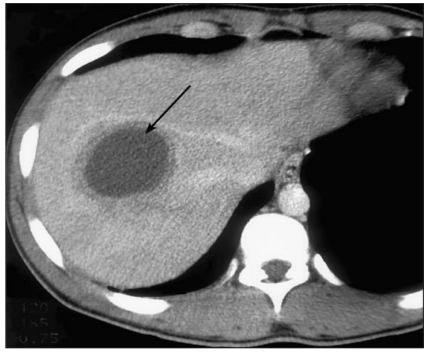


Рис. 191. **Абсцесс правой доли печени**

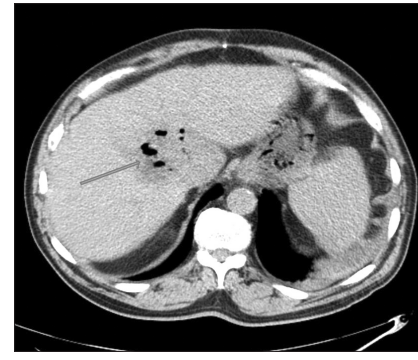


Рис. 192. **Абсцесс правой доли печени**



Рис. 193. **Межпетельный абсцесс брюшной полости**

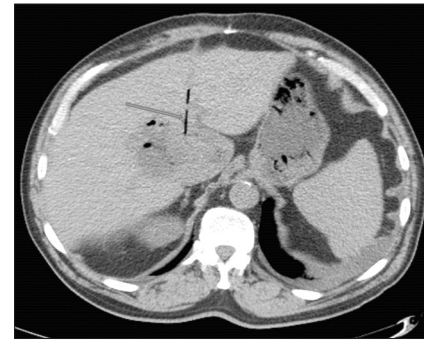


Рис. 194. **Чрезкожное дренирование абсцесса печени, дренаж в полости абсцесса**

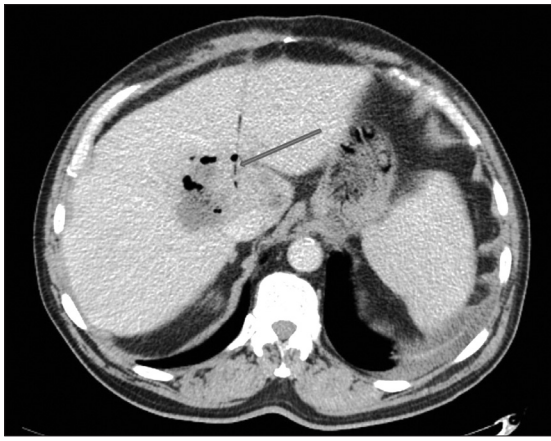


Рис. 195. **Чрезкожное дренирование абсцесса печени, дренаж в полости абсцесса**

Лечение абсцессов – хирургическое, это правило такое же незыблемое, как и постулат Г.Жеглова: «Вор должен сидеть в тюрьме», как фраза Сципиона: «Карфаген должен быть разрушен», так и «абсцесс должен быть дренирован». Абсцесс, как правило, образуется после тяжелых инфекционных процессов – перитонита, холангита и др. Организм в борьбе с ними достаточно поиздержался, повторная атака может стать роковой. В наше время существует два основных подхода к их дренированию и санации – традиционный и малоинвазивный. Самая большая ошибка – это противопоставлять их друг другу, у каждого свои показания, возможности. Идеальные отношения между ними – дополнение друг друга.

Начнем, конечно, с традиционных. Ими должен владеть каждый абдоминальный хирург, малоинвазивными – отдельные специалисты.

И первый метод, о котором мы напишем – это дренирование поддиафрагмальных абсцессов по А.В.Мельникову. Несколько слов об этом известном хирурге. Он – основоположник кафедры хирургии для усовершенствования врачей Военно-медицинской академии, alma mater одного из авторов. Академик АМН. Ученик В.Н. Шевкуненко. С 1923 по 1940 год работал в Украине, в Харькове: руководил кафедрой оперативной хирургии, хирургической патологии, факультетской и госпитальной хирургии медицинского факультета Харьковского университета, в 1928 году организовал первый в стране онкологический диспансер. В период войны возглавлял работу крупных госпиталей для раненных в живот. После

Победы руководил кафедрами хирургии в Военно-медицинской академии. Его перу принадлежат монографии по раку желудка, кишечным свищам, онкохирургии. Но остановимся на методике лечения поддиафрагмальных абсцессов, которой исполнилось ровно 100 лет – она была предложена еще в 1920 г., применена и спасла жизнь тысячам раненых и больных.

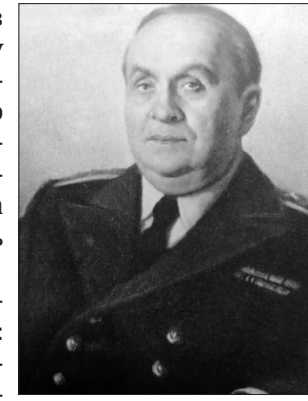


Рис. 196. **Мельников А.В.**

Приводим описание операции, сделанное самим автором и его же иллюстрациями:

«Как известно, между краем реберно-диафрагмального синуса и местом прикрепления диафрагмы к грудной клетке имеется щелевидное пространство различной высоты (от 1,5 до 3 см) – spatium praediaphragmaticum. В этом участке диафрагма прилежит к грудной стенке, отделяется от нее только рыхлой клетчаткой, поэтому здесь удается проникнуть в пространство под диафрагмой как спереди, так и сбоку, и сзади. Это пространство охватывает почти всю половину грудной клетки, а потому операция является универсальной. Она показана как для вскрытия передних, боковых, задних и высоких поддиафрагмальных гнойников, расположенных в синусах брюшины, так и для вскрытия внебрюшинних гнойников, расположенных сзади печени. Доступ совершенно одинаков как справа, так и слева. Слева этим путем можно вскрыть гнойник под левой долей печени, позади желудка и в сальниковой сумке, сбоку – гнойники над куполом желудка и около полюса селезенки, спереди – гнойники около селезенки. Разрез ведется параллельно предполагаемому краю синуса плевры, то есть на 2-3 поперечных пальца выше реберноого края. По отношению к ребрам он является косым, длина около 15 см.

При операции сзади можно ограничиться резекцией одного XI ребра; при операции на остальном протяжении приходится всегда резецировать 2 ребра и иссекать их на протяжении 4-5 см. каждое. В дальнейшем пересекаются небольшие перемычки, идущие к ребрам от края плеврального синуса, после чего плевра уходит кверху, как это показано на рисунке.

Плевра на этом участке диафрагмы легко от нее отделяется и потому может быть отслоена на 2-3 см кверху, причем лучше всего это достигается легким отслоением ее лопаткой Буяльского. При

грубом отделении плевры от диафрагмы легко вскрыть ее синус, что, однако, не представляет существенной опасности; необходимо сейчас же наложить через диафрагму и синус узловые швы из тонкого шелка. Швы диафрагмы с грудными мышцами еще лучше изолируют поврежденную плевру от наружной среды и от гнойного экссудата после вскрытия гнойника. Затем рассекают диафрагму вдоль раны и верхний край диафрагмы сшивают узловыми кетгутовыми швами с мышцами грудной клетки. Этот прием дает возможность полностью изолировать видимый синус плевры, а также пересеченные верхние края двух ребер. В глубине раны определяется внутрибрюшная фасция и париетальная брюшина. Изолировав купол диафрагмы от этой фасции, обследуют пальцем глубжележащие ткани, определяя где расположен гнойник. Если он не найден, нужно выполнить пункцию в разных направлениях, в том направлении, где будет получен гной, пальцем отделяют воспаленную утолщенную брюшину. Вскрытие обнаруженного гнойника уже не вызывает труда...». Этапы операции представлены на рис. 197.

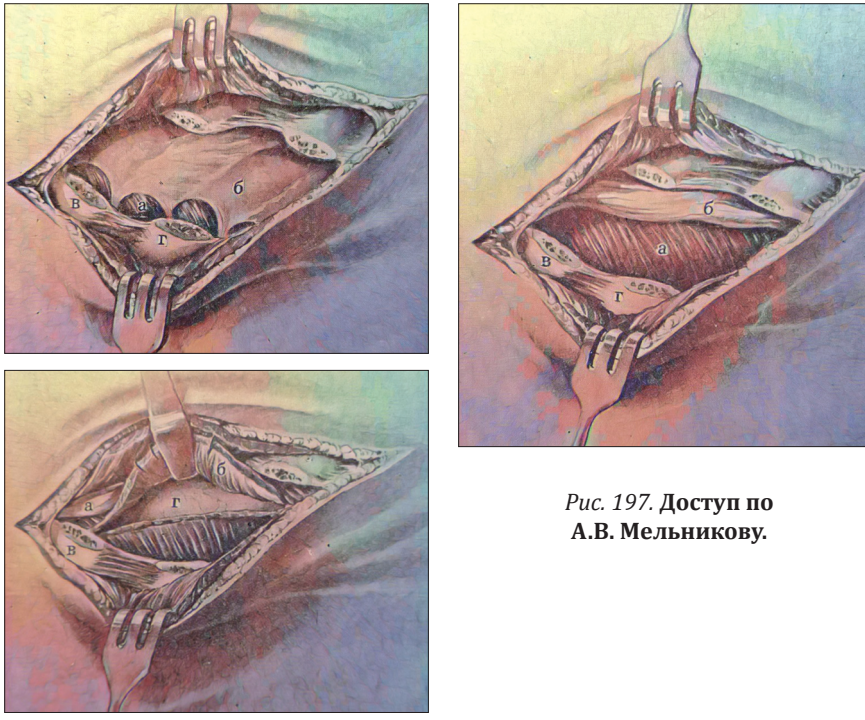


Рис. 197. **Доступ по А.В. Мельникову.**

Коротко опишем еще один доступ – **люмботомию**. Совсем недавно в одной из больниц возник случай – хирургу было рекомендовано выполнить люмботомию для санации забрюшинной клетчатки при гнойно-некротическом панкреатите. Он ее не сделал по простой причине – он ее никогда не выполнял. Выручили урологи. Поэтому мы на ней остановимся.

Люмботомия – (лат. lumbos – поясница, tome – разрез) вскрытие забрюшинного пространства забрюшинным доступом для вскрытия абсцессов, флегмон и т.д.

На рисунке схематически изображены кожные разрезы при различных люмботомиях:

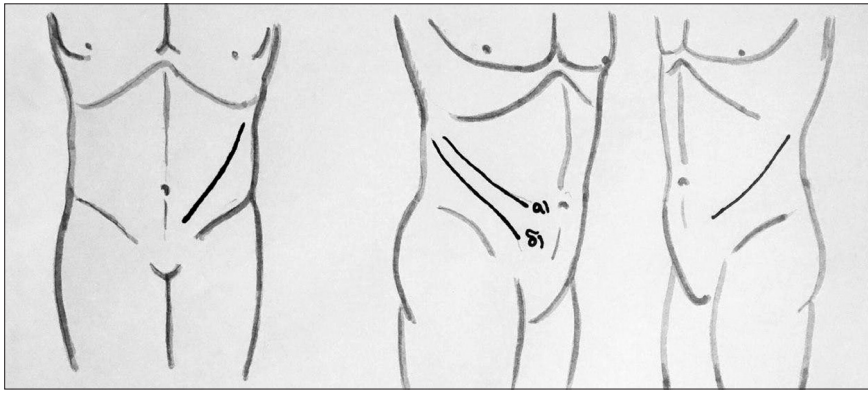


Рис. 198. **Кожные разрезы при люмботомиях: по Чаклину, по Федорову (а), по Бергману (б), по Саутвину.**

После рассечения кожи и подкожной клетчатки по одной из приведенных на рисунке линий частично тупо, частично остро рассекают и раздвигают мышцы. После рассечения фасции, обнажают и мобилизуют брюшину, выходя на абсцесс, флегмону. Так получают забрюшинний доступ к очагу, требующему санации. Гной удаляют с помощью електороотсоса, некротизированную клетчатку осторожно «вычерпывают» рукой.

Абсцессы полости малого таза (Дугласова пространства) вскрывают либо через прямую кишку, либо через влагалище, крайнее редко – пресакральным доступом. При ректальном исследовании в области передней стенки прямой кишки или заднего свода влагалища у женщин определяют место наибольшего размягчения, наиболее под-

ходящее для пункции и дренирования. Перед операцией обязательно следует опорожнять мочевой пузырь. После введения в прямую кишку гинекологического зеркала, расширяют сфинктер, в выбранной точке сначала проводят пункцию, получив гной, выполняют инцизию, санацию и дренирование с помощью двухпросветного дренажа. Так же дренируют через влагалище (рис. 199).

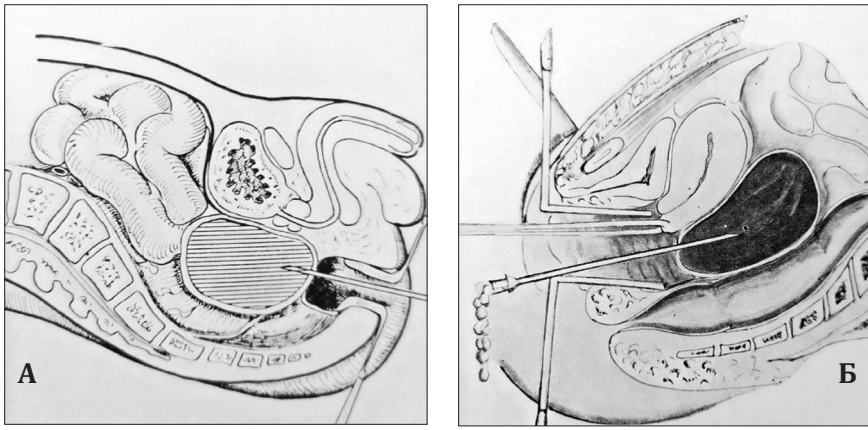


Рис. 199. **Вскрытие абсцесса:**
а) через прямую кишку; б) через влагалище.

Периаппендикулярные абсцессы вскрывают либо внебрюшинно (по Пирогову,) или через брюшину. Технику раскрытия демонстрируют рисунки из «Оперативной хирургии» (Бир, Браун, Кюммель), сделанные 100 лет назад (рис. 200):

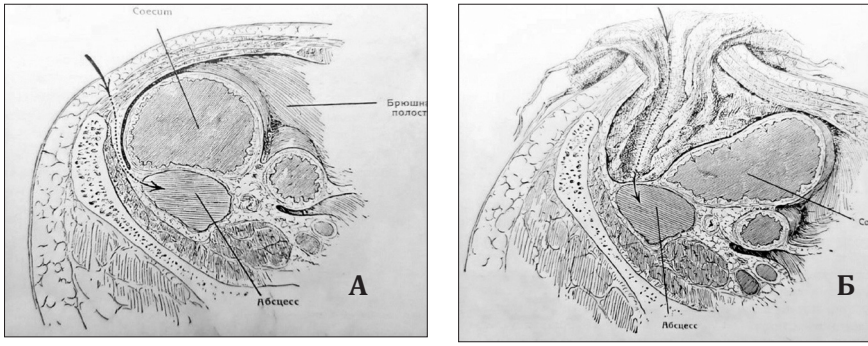


Рис. 200. **Вскрытие абсцесса:**
а) внебрюшинно; б) через брюшину.

Межкишечные (межпетельные) гнойники – самые неприятные из всех, разбираемых в этом разделе. Единичные и множественные, разных размеров, локализации, расположенные в глубине брюшной полости, и пристеночные, создающие серьезные проблемы для работы тонкой кишки и главной ее функции – эвакуаторной, трудные для диагностики… и еще много негативных характеристик. Сроки их возникновения самые разные – от нескольких дней и недель до 4-5 месяцев. Характеризуются приступами болей в животе, «беспричинными» поносами, нарастающим истощением, лихорадкой, явлениями «перемежающейся» кишечной непроходимости, характерными изменениями крови. Наиболее информативные методы диагностики – УЗИ, КТ, гораздо слабее рентгендиагностика, но в наших условиях она доступна всем. С нее и начнем. При больших абсцессах на рентгенограммах живота можно найти локальное затемнение, иногда газ в ограниченном пространстве вне кишечных петель, уровень жидкости под ним. При смене положения уровень жидкости снова становится горизонтальным. При энтерографии видно, как петли с контрастом «огибают» участок затемнения. Если есть явления острой кишечной непроходимости, диагностика усложняется – взаимное «наложение» рентгенологических симптомов затрудняют трактовку увиденного. УЗИ и КТ позволяют поставить диагноз в 95-98% случаев. Хирургическое лечение показано при отсутствии эффекта от проводимого лечения и при наличии острых осложнений – вскрытии абсцесса в брюшную полость, непроходимости, кровотечении. Все операции при межпетельных абсцессах строго индивидуальны – от доступа к очагу до способа санации и послеоперационного ведения. Разрез можно проводить над абсцессом, если он близко к передней брюшной стенке (чрезбрюшинно), можно попытаться подойти внебрюшинно, можно войти в живот через старый доступ. Все манипуляции необходимо проводить крайне осторожно, лучший инструмент при этом – палец, рядом с которым должен находиться наконечник электроотсоса – при вскрытии абсцесса (случайном или намеренном) гной не должен попасть в свободную брюшную полость. Необходимо помнить и об отграничивающих тампонах. Полость вскрытого абсцесса опорожняют, санируют и обеспечивают дренирование в послеоперационном периоде – либо с помощью дренажной трубки, либо тампона, либо с помощью ВАК-системы. При множественных абсцессах выполняют широкую релапаротомию, разделение спаек, санацию всех очагов, интубацию тонкой кишки, налаживают ВАК-

систему с периодической сменой «конструкции» и повторной санацией. Лечение таких больных проводят в отделении реанимации с использованием специальных комплексных схем.

6.8. Хирургия в ближайшем послеоперационном периоде

С наложением последнего шва на послеоперационную рану, к сожалению, достаточно часто проблемы не заканчиваются, а только начинаются – развиваются послеоперационные осложнения, требующие повторных вмешательств, лечение иногда затягивается на недели, месяцы, годы. Причины могут быть обусловлены самими заболеваниями, особенно острыми, а могут полностью определяться действиями хирургов. О некоторых состояниях мы поговорим ниже.

6.8.1. Нагноение послеоперационной раны

> ***Судьба операционной раны предопределена в ходе операции; после операции практически ничего невозможно сделать, чтобы изменить течение раневого процесса.***
>
> **M. RAVITCH**

Какой бы сложной ни была выполненная хирургом операция, её визитная карточка – послеоперационная рана. Она на виду, её контролируют каждый день. Правда, в последние годы перевязки перестали быть «царским делом», во многих отделениях их выполняют медицинские сестры и часто реакция на осложнения запаздывает. Два фактора влияют на заживление раны: состояние брюшной полости при экстренных операциях и стиль работы хирургов при плановых. В первом случае избежать инфицирования раны практически невозможно, его можно минимизировать различными способами – защищать края тампонами, салфетками, начинать с санации полости брюшины с помощью электроотсоса и т. д. Во втором – необходимо просто работать аккуратно: не злоупотреблять электрокоагуляцией, осторожно обращаться с ранорасширителями и «крючками» – не травмировать излишне подкожную клетчатку, мышцы, тщательно выполнять гемостаз, не оставлять в ране и стенке гематом и т. д.

При массивном обсеменении раны её либо не зашивают, либо дренируют по Н.Н. Каншину. Зашитую наглухо рану постоянно контролируют: гиперемия, отечность кожи, «заглубление» швов, локальная болезненность – главные признаки неблагополучия. Реакция должна быть незамедлительной: в местах наиболее выраженных изменений необходимо снять несколько швов, эвакуировать наружу гнойный экссудат (с обязательным бакпосевом), промыть полость антисептиком, осушить, ввести дренирующие марлевые турунды – самые простые, – смоченные в гипертоническом растворе хлорида натрия. Необходимо также проконтролировать видимые швы на апоневрозе, исключить поступление гноя из глубины. Если первичными мерами процесс остановить не удалось – снимают все швы с кожи, иссекают клетчатку, используют ультразвуковую кавитацию, воздушно-плазменные коагуляторы и др., антисептики (хлоргексидин, декасан, диоксидин и т. д.), ферментные препараты (трипсин, химотрипсин и т. д.), сорбционно-аппликационные средства. Показана также ВАК- терапия. После полноценной очистки и появления грануляций рану зашивают.

6.8.2. Эвентрация

Немного вещей более неприятных для хирурга, чем вид недавно прооперированного больного с зияющим животом и выпавшими кишками.

М.ОЛИВЕР

Вслед за нагноением, **эвентрация** – это следующая из неприятностей, которую может преподнести послеоперационная рана. Она развивается в результате расхождение краев раны и может быть полной или частичной.

При полном расхождении все слои послеоперационной раны ничем не связаны, петли кишечника выпадают наружу, либо, припаявшись к передней брюшной стенке, составляют дно раны. Им может быть и большой сальник. При частичном расхождении сообщение с полостью брюшины образуется на отдельных участках, к ране прилежат различные органы – левая доля печени, желудок, поперечно-ободочная и тонкая кишка.

Почему это происходит? Чаще всего к эвентрации приводит нагноение раны. Но его может не быть, на первый план выступают

резкое снижение репаративных возможностей тканей, повышение внутрибрюшного давления, резкое физическое усилие, кашель и т. д.

Чем опасна эвентрация? Она может стать причиной (как и следствием) прогрессирования разлитого перитонита; приводить к развитию острых язв с последующим кровотечением, перфорацией, формированием свищей; сращения имеют последствием острую кишечную непроходимость.

Лечебная тактика разрабатывается строго индивидуально. Общим является то, что эти больные должны находиться в центре внимания хирургического коллектива, быть под постоянным наблюдением – не только по отношению к ране, но и к ситуации в животе в целом.

Расхождение само по себе не ответственно за высокий уровень осложнений и летальности – дело в состояниях, предрасполагающих к расхождениию... они вносят свой вклад в неблагополучные результаты.

М. ШАЙН

Рассмотрим несколько вариантов эвентраций:

1. Неполное расхождение краев раны, сообщение с брюшной полостью в верхней и нижней части раны, предлежат петли тонкой кишки, гнойного отделяемого из живота и признаков непроходимости нет. Лечение то же, что и при нагноившейся ране: регулярный туалет, обработка антисептиками, мазевые повязки, после появления грануляций – зашивание раны наглухо.

2. Расхождение краев раны наступило в **асептических условиях**, петли тонкой кишки вышли через рану наружу, слипчивого процесса нет. После краткой подготовки больного необходимо взять в операционную. Под наркозом снять швы, удалить лигатуры, провести ревизию. Выпавшие петли необходимо очистить, промыть с салфетками, оценить их состояние. При отсутствии изменений – погрузить в брюшную полость, рану надежно зашить с применением специальных пластин и т. д., предохраняющих швы от прорезания.

3. Эвентрация наступила вследствие **нагноения послеоперационной раны**, спровоцированного прогрессирующим перитонитом. Петли тонкой кишки в гнойной ране, гиперемированы, отечны, покрыты фибрином, между ними – рыхлые спайки. Из брюшной полости поступает гной. Операция должна быть выполнена в полном объеме – релапаротомия, ревизия и санация брюшной полости,

интубация тонкой кишки, длительная санация с помощью ВАК- системы.



Рис. 201. **Эвентрация послеоперационной раны**

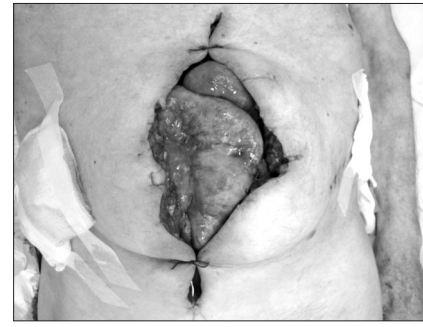


Рис. 202. **Эвентрация послеоперационной раны**

«Закрытие живота при эвентрации без устранения «глубинной», причинной патологии (например: дренирование гноя, выведение несостоятельного анастомоза), эквивалентно закрытию крышки гроба над живым пациентом!»

П.Н. РОДЖЕР

6.8.3.Ранняя спаечная непроходимость кишечника или парез?

Если вы предложите эффективный метод предупреждения внутрибрюшинных спаек или лекарство для предотвращения или лечения послеоперационного пареза, вы заработаете Нобелевскую премию! До этого все мы остаемся лицом к лицу с этими двумя раздражающим состояниями, которые отравляют нашу хирургическую жизнь.

С. САРТ

Внутрибрюшные операции – это особый вид вмешательств. Хирург имеет жесткий контакт с висцеральной и париетальной брюшиной, оказывает механическое воздействие на многочисленные нервные сплетения, резецирует и удаляет органы и т.д. Естественно, что возникает ответная реакция различной степени выраженности – отек, повышенная экссудация, выпадение фибрина, нарушения двигательной активности вплоть до паралича.

Функционально это проявляется в виде пареза, морфологически – в образовании спаек. Ситуация может благополучно разрешиться, а может стать самостоятельным заболеванием, которое потребует хирургического лечения. Наиболее вероятно развитие пареза и образование спаек после экстренных операций по поводу перитонита и острой кишечной непроходимости. Общее между этими осложнениями – прекращение пассажа по кишечнику.

Очень важно, что как раз при операциях по поводу ОКН и перитонита хирург предполагает развитие и пареза, и спаек, и ещё во время первого оперативного вмешательства принимает эффективные меры по их профилактике – интубирует тонкую кишку. Во всех других случаях риск достаточно велик. Избежать неприятностей можно грамотно организовав послеоперационное лечение, обеспечив полноценное обезболивание (эпидуральная анастезия), инфузионную терапию, раннее энтеральное питание и др. И главное – постоянное динамическое наблюдение за больным, контроль за восстановлением перистальтики, отхождением газов, появлением стула. Если в течение 2-3 суток после операции в животе «тишина», появляется вздутие, отрыжка, рвота и т. д. – необходимо бить тревогу. Начинают консервативную терапию по схеме лечения кишечной непроходимости с обязательной энтерографией путем ведения через зонд или гастродуоденоскоп водорастворимого контраста за связку Трейтца. При безуспешности консервативного лечения – операция. На рис. 203-205 представлены больные с ранней спаечной кишечной непроходимостью.

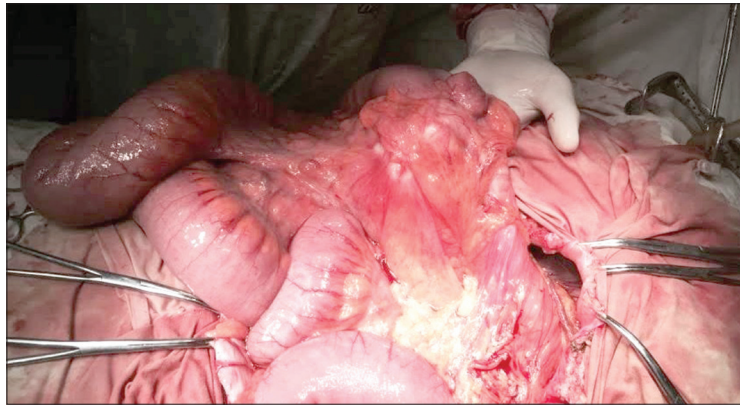


Рис. 203. **Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость**

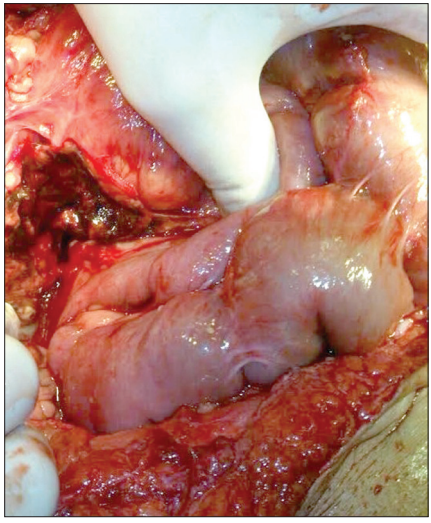


Рис. 204. **Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость**

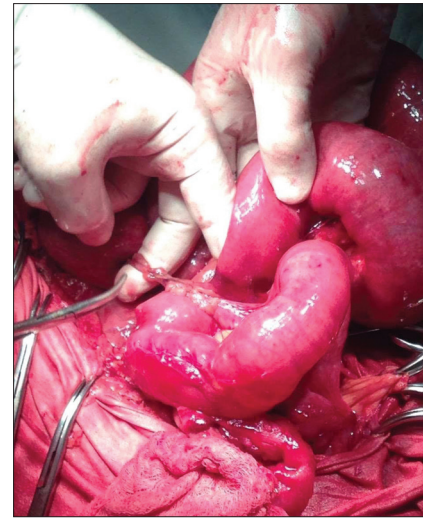


Рис. 205. **Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость.**

6.8.4. Послеоперационные кровотечения

> ***В хирургии есть только одна причина, когда хирург должен бежать в операционную – это кровотечение!***
>
> **Д. ЯНГ**

Кровотечение – крайне неприятное, трудное для диагностики, во многих случаях неожиданное осложнение внутриабдоминальных операций. Редко кто из хирургов не испытал те ощущения, которые возникают у него при развитии этого осложнения у, казалось бы, совершенно благополучно, удачно прооперированного больного. «Гром среди ясного неба!» В перечне операций нет таких, при которых оно не описано. Связаны кровотечения, как правило, с ослаблением или соскальзыванием лигатур, клипс с пересеченных сосудов, «выдавливанием» тромбов там, где повреждения не были замечены, при агрессивном контакте с паренхиматозными органами – печенью, поджелудочной железой, селезенкой. Часты кровотечения после операций по поводу огнестрельных ранений живота при «пропущенных» повреждениях. Выручают дренажи в брюшной

полости, поставленные, в том числе для контроля – поступление по ним крови – патогномоничный симптом при диагностике. Другие признаки – нарушение сознания, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, выраженная тахикардия, падение артериального давления имеют значение, но они могут быть вызваны и другими причинами (особенно в первые дни после операции) – травматичностью вмешательства, характером основного заболевания, недостаточным обезболиванием и др. Главное – опыт хирурга и анестезиолога, **важно о кровотечении думать**!

Начинают с интенсивной инфузионной терапии – объем кровопотери необходимо восполнить, а реакцию на нее нивелировать. Часто это приходится делать уже по пути в операционную и на операционном столе. В брюшную полость необходимо войти быстро – операционную рану «приводят в порядок» в конце операции. Главное – обнаружить источник кровотечения, остановить его, а потом тщательно санировать брюшную полость, обработать края раны и принять решение о способе завершения операции. Если кровотечение обусловлено эрозией сосудов необходимо прибегнуть к старому испытанному способу – тампонаде.

Кровотечения после операций могут быть и не связаны с непосредственными действиями хирурга, могут быть и другие причины, о них необходимо помнить:

1. Желудочно-кишечные кровотечения из источников, существовавших до операции, особенно выполненной по неотложным показаниям, без всестороннего обследования больного. Это хронические каллезные язвы желудка и 12-перстной кишки, варикозно расширенные вены пищевода при циррозе печени и т. д. В большинстве случаев можно обойтись консервативными мероприятиями с помощью эндоскопистов – они способны надежно остановить кровотечение. Их неудача при продолжающемся кровотечении – показание к операции, вид и объем которой определяются характером источника.

2. После тяжелых, травматичных плановых операций на органах брюшной полости, при вмешательствах по поводу разлитого гнойного перитонита, острой кишечной непроходимости и др. источником кровотечения могут стать острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта, которые чаще всего развиваются в желудке и 12-перстной кишке, где резко снижаются факторы защиты и активизируются факторы агрессии. Симптомы кровотечения: рвота кровью или типа «кофейной гущи», черный жидкий стул.

В основе диагностики – фиброгастродуоденоскопия с обязательным лечебным компонентом. В основе терапии – лечение кровотечения и устранение причин острого язвообразования – ингибиторы протонной помпы, средства, защищающие слизистую и усиливающие регенерацию. Операции выполняются крайне редко. На рис. 206-208 – релапаротомии по поводу внутрибрюшных послеоперационных кровотечений.

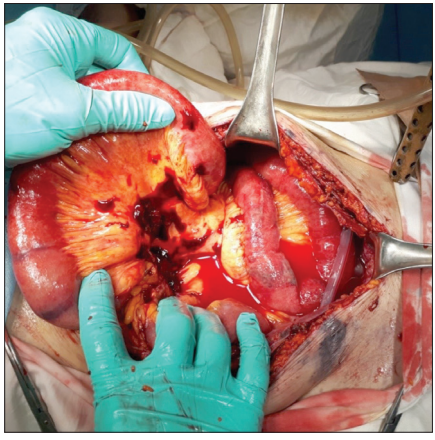


Рис. 206. **Внутрибрюшное кровотечение, гемоперитонеум**

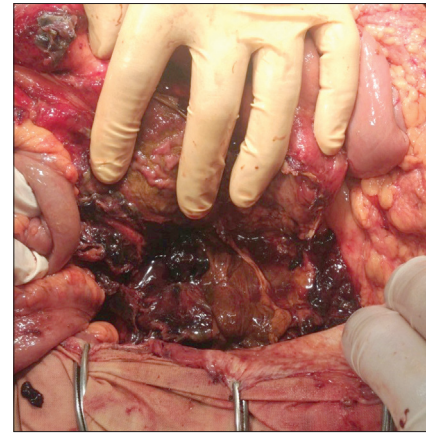


Рис. 207. **Релапаротомия по поводу внутрибрюшной гематомы**

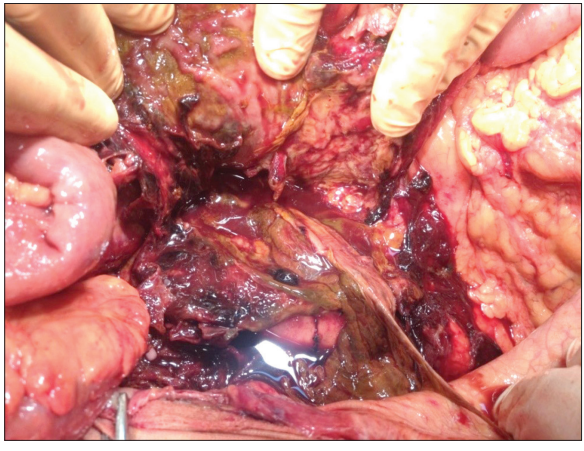


Рис. 208.
Релапаротомия по поводу внутрибрюшной гематомы

6.8.5. Кишечные свищи

Есть два принципиально различающихся вида кишечных свищей. Одни свищи формируются хирургом полностью осознанно, с учетом сложившейся ситуации, как этап лечения больного с разлитым перитонитом, острой кишечной непроходимостью и т.д. Другие – образуются спонтанно, это всегда катастрофа, ликвидация последствий которой требует энергичных мер. Причины их появления разные – несостоятельности анастомозов, перфорации острых язв, некрозы участков кишечной стенки и т. д. Первым проявлением таких свищей в послеоперационном периоде являются симптомы перфорации полого органа и поступление кишечного содержимого через дренажи, либо через швы лапаротомной раны.

Спонтанно образовавшиеся свищи требуют интенсивного лечения. Они подразделяются на энтероатмосферные или «донные» – открываются на прилежащей и припаявшейся к стенке брюшной полости петле кишки, «на дне раны». При их обнаружении не следует паниковать и торопиться с релапаротомией. Нужно во всем разобраться, убедиться, что процесс ограничивается только раной, не имеет связи со свободной брюшной полостью и… начать консервативное лечение. Для этого используют калоприемники, различные вакуумные системы и т. д. Необходимо обеспечить туалет и защиту кожных покровов вокруг раны, постепенно сводя её края. Выбрав момент, необходимо выполнить энтерографию, сначала дав контраст per os (контроль приводящей кишки), а затем через свищ в дистальную петлю, исключить непроходимость (при её наличии свищ **не заживет никогда**). Большинство свищей закрываются самостоятельно (рис. 209-211).



Рис. 209. **«Донный», энтероатмосферный свищ**



Рис. 210. **Зажившая рана, свищ с обтуратором**

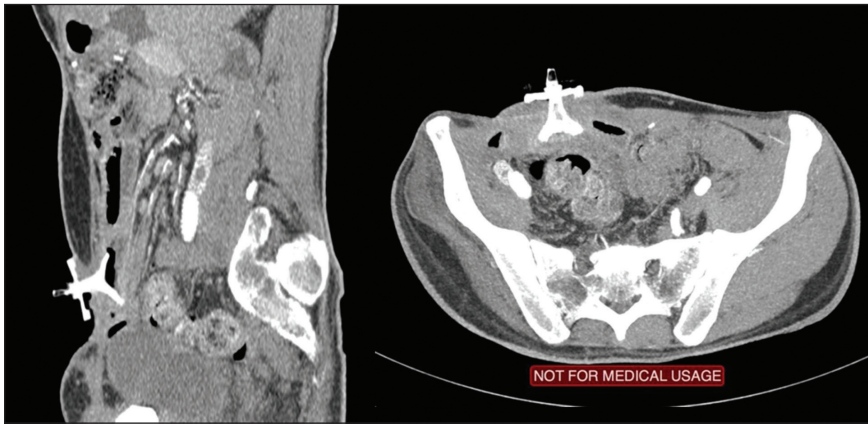


Рис. 211. **КТ-живота перед выпиской у пациента с энтероатмосферным свищом**

Наибольшая проблема – **внутренние (глубокие) свищи**, свищи, открывшиеся в брюшную полость. Мы выделяем три группы таких свищей:

1. Свищи изначально «неподвижные» в силу анатомических особенностей полых органов, в которых они образовались. Самый простой пример – двенадцатиперстная кишка. Ни при каких обстоятельствах участок кишки, несущий свищ, невозможно приблизить к передней брюшной стенке и сделать свищ наружным. Чаще всего они связаны с несостоятельностью культи (после резекции культи желудка по Бильрот-II) или ушитых повреждений двенадцатиперстной кишки при ранениях и травмах. При полноценном дренировании подпечёночного пространства и отсутствии признаков распространённого перитонита спешить с релапаротомией не следует. Необходимо наладить активную аспирацию отделяемого и идти на формирование наружного свища. Пускать эвакуацию из подпеченочного пространства «на самотек» не следует. Его конфигурация достаточно сложна, возможны затеки и скопления содержимого двенадцатиперстной кишки – а это смесь желчи и панкреатического сока, обладающая повышенной агрессивностью по отношению к тканям, что способствует распространению деструктивно-воспалительных изменений на забрюшинную клетчатку, головку поджелудочной железы и др. Если налицо возврат клиники разлитого перитонита, вызванного прорывом патологического содержимого в брюшную полость – показана релапаротомия. Выполняют санацию

брюшной полости, подпеченочного пространства, ревизуют зону несостоятельности. Попытки повторного ушивания культи, как правило не удаются – в условиях отека, ригидной, легко ранимой стенки кишки мобилизовать её для полноценного ушивания невозможно, швы легко прорезаются, повторная несостоятельность гарантирована. Что необходимо сделать? Поставить полноценный двухпросветный дренаж в подпеченочное пространство, обеспечив эвакуацию дуоденального содержимого, отграничив подпеченочное пространство от остальной брюшной полости поперечно-ободочной кишкой и её брыжейкой, прядью большого сальника; попытаться выполнить **декомпрессию двенадцатиперстной кишки**: ввести в её просвет (через дефект в стенке) дренажную трубку для активной аспирации желчи и панкреатического сока; сформировать холецистостому при проходимости пузырного протока, провести зонд через культю желудка. Далее – продолжать комплексную интенсивную терапию перитонита (рис. 212-213).

2. Свищи, ставшие «неподвижными» из-за изменений полых органов под воздействием гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости: вследствие образования плотных инфильтратов из петель тонкой кишки, резкого укорочения и ригидности брыжейки и т.д. Любые хирургические действия по «освобождению» кишки чреваты ещё большими последствиями, чем сам свищ. Мы используем несколько вариантов решения проблемы. Если проксимальнее фиксированной петли кишка подвижна, необходимо произвести её

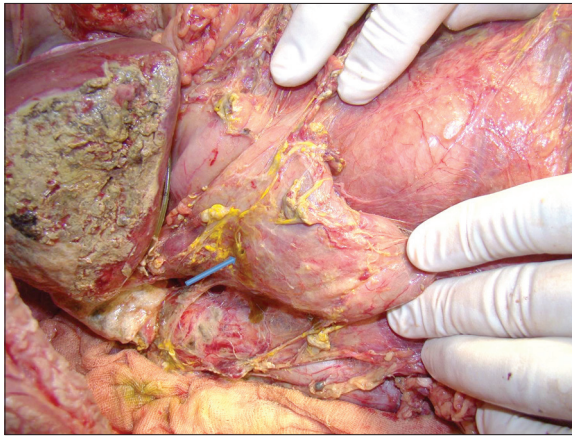


Рис. 212. **Свищ двенадцатиперстной кишки**

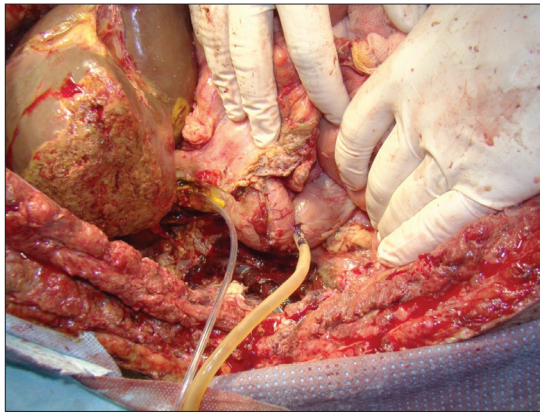


Рис. 213. **Наружное дренирование свища двенадцатиперстной кишки с наружным дренированием холедоха**

отключение: пересечь кишку выше свища, проксимальный конец вывести на переднюю брюшную стенку, дистальный – ушить (либо вывести оба конца). После стабилизации состояния пациента принять решение о сроках и виде реконструктивной операции. В том случае, если этот вариант невозможен, необходимо обеспечить отведение кишечного содержимого наружу с помощью специальных устройств. Мы используем обтураторы. Их устанавливают в просвет кишки через дефект стенки, «удлиняют» с помощью дренажных трубок подходящего диаметра, проводят затем интенсивное местное и общее лечение. Выигранное время позволяет создать условия для более радикальной операции.

3. Кишка, несущая свищ, подвижна. Это самая благоприятная ситуация. После санации брюшной полости петлю кишки со свищом или несостоятельным анастомозом резецируют, концы кишки выводят на переднюю брюшную стенку и интубируют. Ни о каких анастомозах речи быть не может, риск несостоятельности, без преувеличения, колоссальный. Восстановление непрерывности кишки проводят в отдаленном периоде после полной стабилизации больного. При выведении концов кишки на переднюю брюшную стенку необходимо проявить «талант закройщика», помнить, что состояние передней брюшной стенки во время операции (наркоз, релаксация) и после – вещи разные. После операции неминуемо будет и вздутие живота, и кашлевые движения и многое другое. Натяжение кишки и её брыжейки может привести к трагическим последствиям, прежде всего – к отхождению стомы (рис. 214).

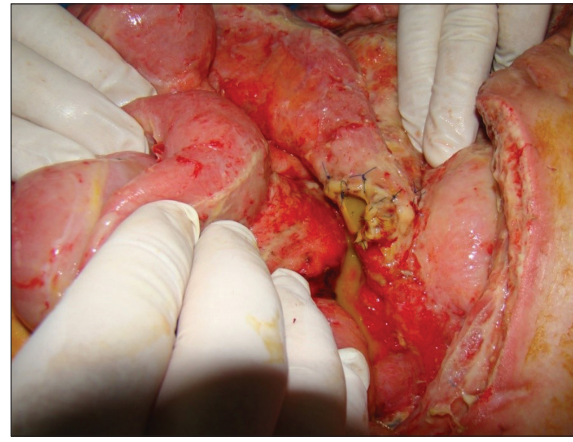


Рис. 214. **Свищ тонкой кишки**

6.9. Вакуумное дренирование

Во многих случаях «хирургии после хирургии» возникает потребность в послеоперационной санации брюшной полости (при перитоните, ОКН, травматиченом энтеролизе и т. д). Традиционно используют дренажи, даже тампоны, программированные релапаротомии, ведут брюшную полость «открыто». Идеальный способ послеоперационной санации – вакуумное дренирование, ВАК – терапия. Метод становится все более популярным среди хирургов, мы на нем остановимся подробнее.



Рис. 218. **Стандартный набор для проведения VAC-терапии**

Вакуумная терапия (ВАК-терапия) предусматривает использованием специального оснащения. Мы применяем стандартный набор AB-Thera (Abdominal Therapy), который представлен на рис. 218.

В него входит:

Висцеральная защитная пленка, которая предназначена для защиты внутренних органов брюшной полости от контакта с внешней средой, а также с адсорбирующей со-

держимое брюшной полости полиуретановой губкой. Пленка на всем протяжении имеет микроперфорации, а также небольшие включения полиуретановой губки, которые «окружены» пленкой и лишены возможности контактировать с внутренними органами. Наличие микроперфораций позволяет с помощью отрицательного давления «отсасывать» патологическое содержимое из брюшной полости и накапливать его на следующем «ярусе» повязки – в **губке**, которая устанавливается на уже уложенную защитную пленку. Губки производят из полиуретана или поливинилалкоголя. Полиуретановые губки различаются по цвету: серого цвета – имеют напыление серебром, что придает им антисептические свойства, чёрные и голубые – медикаментозных добавок не имеют. Недостаток полиуретановых губок – адгезивность, при их смене в местах контакта с тканями могут появляться участки с повышенной кровоточивостью, требующие тщательного гемостаза. Этого недостатка лишены губки белого цвета из поливинилалкоголя. Их адгезивность минимальна, в этом плане они практически безопасны.

Следующий компонент повязки – **аппликатор**: это довольно значительная по размерам самоклеющаяся пленка – тонкая, прочная, прозрачная. Она служит для герметизации установленной в ране губки. Это наружный слой вакуумной повязки, который обеспечивает обоюдную защиту: губки – от внешней среды, кожи – от содержимого губки.

В комплект входит **специальная трубка** с небольшим по размеру аппликатором на одном из её торцов. Она служит для герметичного соединения полости лапаротомной раны с контейнером для сбора жидкости из брюшной полости.

Контейнер, как правило, одноразовый, надежно отделен как от «дренируемого» объекта (отрицательным давлением), так и от электроаспиратора (специальным фильтром). Кроме того, аспирируемая жидкость в контейнере превращается в гель, что снижает её текучесть. Такая «изоляция» предотвращает как ретроградное проникновение, вернее возврат, содержимого в зону ВАК-терапии, так и порчу аспиратора.

Электрический аспиратор позволяет регулировать величину (градиент) отрицательного давления в диапазоне от 50 до 200 мм.рт.ст. и устанавливать постоянный или прерывистый режим работы. Это очень важное и полезное обстоятельство, его можно регулировать в строго соответствии с конкретной задачей, объемом полости и фазой течения патологического процесса.

Применение VAC-терапии последовательно иллюстрируют рисунки 219-223.

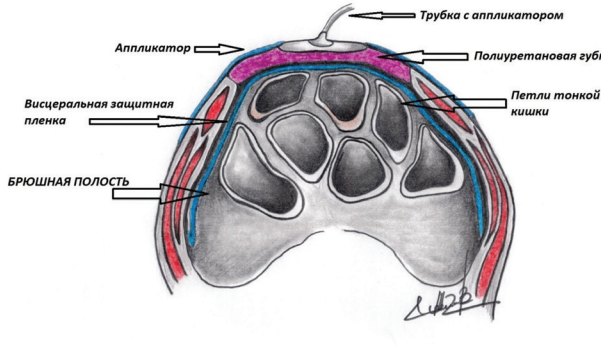


Рис. 219. **Схема формирования стандартной VAC-повязки в лапаротомной ране** *(Рис. Жовтоножка А.И.)*



Рис. 220. **Перфорированная стандартная пленка уложена на органы брюшной полости**



Рис. 221. **Укладка и фиксация губки**



Рис. 222. **Укладка и фиксация покровной пленки**



Рис. 223. **Подключение VAC-системы**

Но, к сожалению, и это довольно часто, «всему хорошему приходит конец» – заканчиваются расходные материалы.

Защитные пленки можно изготовить из стерильной полиэтиленовой пленки, желательно медицинской. Растянутую пленку перфорируют либо кончиком скальпеля, либо спицей Киршнера, либо инъекционной иглой. При её установке в лапаротомной ране образовавшиеся при перфорации «заусенцы» должны быть направлены строго наружу, ни в коем случае не травмировать подлежащие структуры. **Губку** можно заменить несколькими слоями **марлевых салфеток**, между которыми укладывают дренажные трубки с неспадающимися стенками, в них формируют боковые отверстия на той их части, которая находится в повязке. Трубки выводят наружу через контрапертуры или герметично через повязку и подсоединяют к аспирационной системе. **Самоклеящиеся пленки** можно заменить пленками, которые наклеивают на кожу живота при лапаротомиях (рис. 224-228).

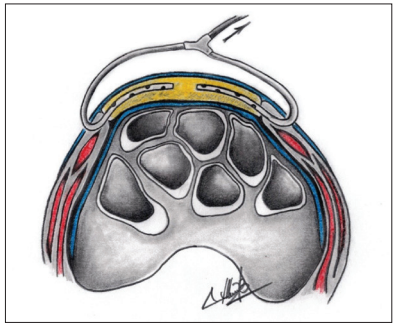


Рис. 224. **Схема формирования импровизированной ВАК-повязки в лапаротомной ране**
(Рис. Жовтоножка А.И.)



Рис. 225. **Временное закрытие послеоперационной раны, этап 1 – на органы брюшной полости уложена перфорированная пленка**



Рис. 226. **Временное закрытие послеоперационной раны, этап 2 – уложен слой тампонов и дренажная трубка**



Рис. 227. **Временное закрытие послеоперационной раны, этап 3 – наложение самоклеящейся защитной пленки**



Рис. 228. **Временное закрытие послеоперационной раны, этап 4 – подключение аспирационной системы**

В независимости от того – используются ли компоненты стандартного набора или «плоды импровизации», правила формирования ВАК-повязки в лапаротомной ране в обоих случаях одинаковы. Прежде всего, необходимо подготовить брюшную полость – осушить, проверить гемостаз, убедиться в целости стенок полых органов. Большой сальник необходимо резецировать, либо «свернуть в рулон», он не должен препятствовать аспирации жидкости из брюшной полости. Петли кишок и другие органы должны быть тщательно укрыты перфорированной защитной пленкой, исключающей их контакт с губкой и марлей. Эта защитная пленка размещается не только в проекции лапаротомной раны, но и должна быть заведена под переднюю брюшную стенку живота до боковых каналов, поддиафрагмальных пространств и в полость малого таза. После установки пленку фиксируют по периметру раны к апоневрозу швами, что предотвращает её соскальзывание и гофрирование. Правильная установка защитной пленки – очень важный момент формирования ВАК-повязки. Если все правила не соблюдены, образуются мощные спайки между внутренними органами и внутренней поверхностью брюшной стенки, косые мышцы живота сокращаются, края лапаратомной раны «расходятся в противоположные стороны», развивается так называемая «латерализация» краев послеоперационной раны. Такое состояние значительно затрудняет или делает невозможным зашивание раны, создаются условия для развития «замороженного живота» (рис. 229-231).

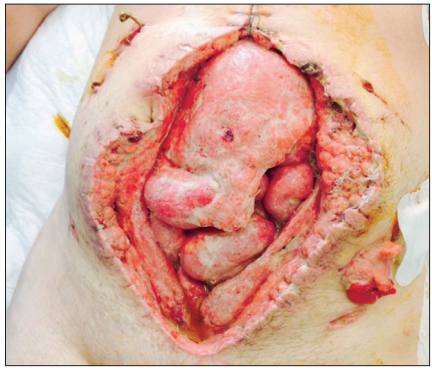


Рис. 229. **«Латерализация» краев послеоперационной раны – «замороженный живот»**



Рис. 230. **«Латерализация» краев послеоперационной раны – «замороженный живот»**



Рис. 231. **«Латерализация» краев послеоперационной раны – «замороженный живот»**

После этого, на защитную пленку, в строгом соответствии с размерами лапаротомной раны укладывают губку или марлевые салфетки с дренажными трубками – формируют адсорбционный слой первичного накопления отделяемого. Если это губка, то её необходимо фиксировать к коже по периметру отдельными узловыми швами. В таком случае лечебное действие ВАК-терапии распространяется и на подкожно-жировую клетчатку, которая тоже будет очищаться от гноя, некротический тканей и т.д.

В завершение ВАК-повязка герметизируется самоклеящейся пленкой. В пленке вырезают отверстие до 2 см в диаметре и к нему фиксируют конец трубки, подсоединенный к контейнеру аспиратора. Повязка готова.

Показания к применению ВАК-терапии:

1. При гнойных перитонитах, требующих повторной (иногда многократной санации) брюшной полости.
2. После релапаромий по поводу прогрессирующего перитонита.
3. При выраженном абдоминальном компартмент-синдроме, который требует «открытого» ведения живота.
4. При тяжелых нагноениях лапаротомной раны с широким расхождением её краёв.

Что дает ВАК-терапия?

1. Обеспечивает пролонгированную санацию брюшной полости в послеоперационном периоде: механически удаляет патологический выпот (гной, токсины, микроорганизмы).

2. Надежно и практически контролируемо снижает внутрибрюшное давление, предотвращая и купируя развитие абдоминального компартмент-синдрома.

3. Уменьшает частоту развития внутрибрюшных абсцессов, спаек, перфораций полых органов и т.д.

4. Защищает от воздействия агрессивного содержимого брюшной полости подкожную клетчатку и кожные покровы в области раны, предотвращает их нагноение и мацерацию, а также процесс латерализации и «замороженного живота».

5. Избавляет от необходимости проведения достаточно тяжелых, травматичных и трудоемких программированных релапаротомий.

6. В итоге снижает количество послеоперационных осложнений и главное – летальность.

Заключая этот раздел, мы хотим ещё раз обратить внимание хирургов на необходимость выполнения всех правил, свойственных той или иной операции, абдоминальной хирургии в целом. Несоблюдение любого из них, даже самого на первый взгляд незначительного, приводит к тяжелым последствиям для больного и хирурга. Неполная ваготомия, недостаточный объем резекции, гастроэнтероанастомоз без погашения секреции – рецидив язвы; неправильно выполненная пилоропластика – стеноз; неправильно сформирован анастомоз при резекции – синдром приводящей петли и т. д. и т. п. Все необходимо делать грамотно, любой этап операции доводить до конца в полном объеме. Многим «совестливым» хирургам «огрехи» снятся уже в первую ночь после операции, и они долго лежат, не смыкая глаз.

Оперируйте столько времени, сколько вам необходимо. Лучше потерять лишнее мгновение, чем потерять пациента в одно мгновение.

Если осталось еще что-нибудь доделать, считай, что ничего не сделано.

ИЗ СОВЕТОВ НАШИХ УЧИТЕЛЕЙ

ГЛАВА 7.

РАЗНОЕ.

В этом разделе авторы решили поделиться необычными случаями из своей клинической практики – нестандартные ситуации, нестандартные решения с благополучным исходом и неудачами. Думаем, что молодым хирургам это пойдет на пользу.

7.1. Дуоденостаз

После резекций желудка и гастроэктомий, при ранениях 12-перстной кишки и поджелудочной железы нередко развивается дуоденостаз – нарушение сократительной способности кишечной стенки, её атония, расширение, переполнение просвета желчью и панкреатическим соком. Следствием дуоденостаза является несостоятельность культи 12-перстной кишки, ушитых повреждений, многочисленные эрозии и изъязвления слизистой с возможными кровотечениями и перфорациями. Одним из эффективных способов его предупреждения и лечения является дренирование 12-перстной кишки, своевременное и полное удаление содержимого различными способами. В кафедральном коллективе одного из авторов правилом было детальное изучение научного наследия предшественников. Молодые хирурги в монографии А. В. Мельникова «Клиника рака желудка» нашли способ дренирования 12-перстной кишки, который почему-то на кафедре не использовали. Цитируем автора: «…для лечения стаза единственной правильной операцией следует считать дренаж кишки (её культи) через желчный пузырь и общий желчный проток; вскрывают пузырь, проводят в 12-перстную кишку катетер, вшивают в пузырь по типу серо-серозных швов, а затем фиксируют его к париетальной брюшине… затем через катетер налаживают сифон для активного удаления содержимого из культи и для промывания её. После устранения стаза катетер удаляют... это единственный прием для лечения обширных послеоперационных застоев в дуоденальной культе...»

Наш случай заключается в следующем: «больная К., 52 лет, оперирована в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. На операции выявлен рубцово измененный желчный пузырь, содержащий единичный крупный конкремент диаметром до 2,5 см. Анатомическая особенность – длинный пузы-

рный проток, шедший параллельно общему печеночному протоку с вадением в него в 1 см от верхне-горизонтальной части 12-перстной кишки. Операция проходила без особых технических трудностей. Закончена дренированием холедоха через культю пузырного протока и дренированием подпеченочного пространства. Через 20 часов больная в удовлетворительном состоянии была переведена

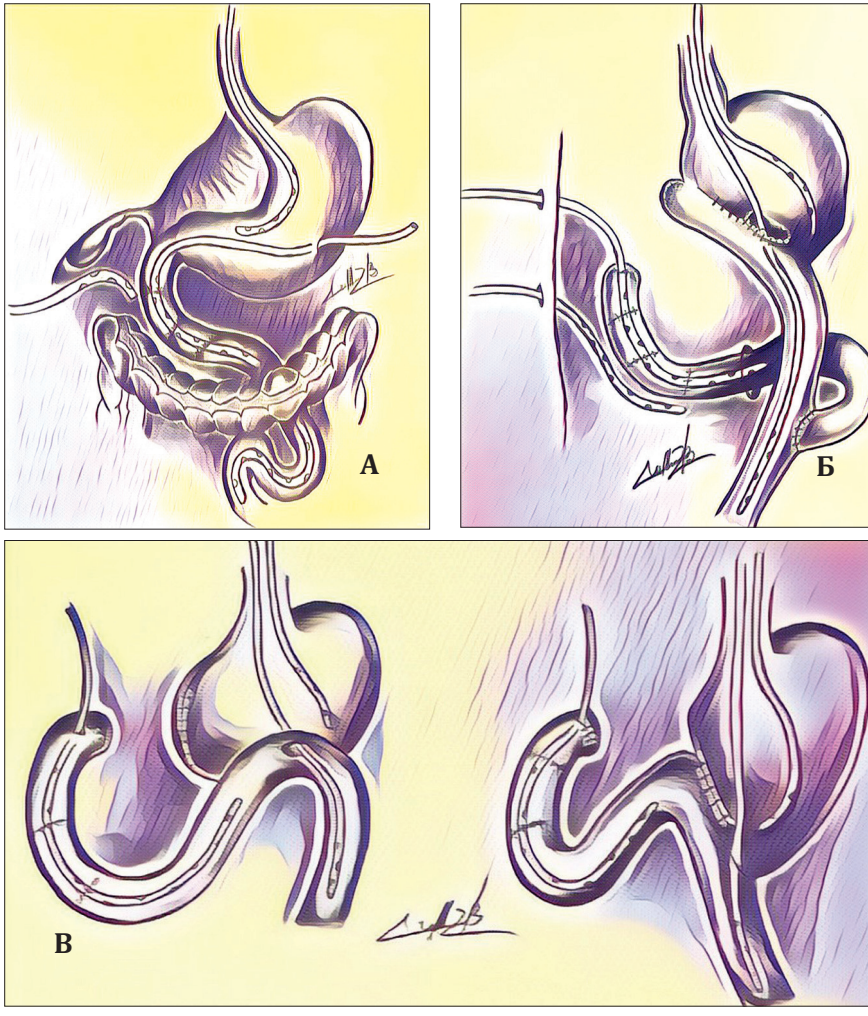


Рис. 232. **Варианты дренирования 12-перстной кишки (© А.И.Жовтоножко)**

в общее отделение. Через 2 часа внезапное падение артериального давления, потеря сознания, несмотря на проведенные реанимационные мероприятия констатирована смерть. На вскрытии в зоне операции в полости брюшины – без особенностей, но… обнаружен тотальный панкреонекроз. Причина – катетер введенный в холедох для отведения желчи был проведен через необычно узкую ампулу Фатерова соска, в которую впадал Вирсунгов проток (Санториниева, к сожалению, не оказалось). Катетер полностью заблокировал отток панкреатического сока, развился некалькулезный билиарный «дренажный» панкреатит». Мы привели этот случай по одной причине. У раненых с огнестрельным повреждением 12-перстной кишки, после их ушивания развитие дуоденостаза более чем вероятно. Молодые хирурги, независимо от А. В. Мельникова, предположили возможность декомпрессии кишки с помощью дренажа, введенного через холедох. Мы предупреждаем – это может быть опасным! Надо искать другие способы дренирования. Некоторые из них приведены на рис. 232.

7.2. Некроз культи желудка после резекции по Бильрот II

В литературе встречаются утверждения, что некроз культи желудка – нередкое осложнение. Связывают его с высокой резекцией, сопровождающейся перевязкой левой желудочной артерии и всех коротких сосудов, когда питание культи осуществляется лишь за счет артерий пищевода. Мы встретились с такой ситуацией лишь однажды. Больного доставили в клинику после лечения в одной из районных больниц через 5 суток после операции субтотальной резекции желудка по поводу рака тела желудка. При мобилизации желудка были перевязаны и левая желудочная артерия, и короткие сосуды (их перевязали во время лимфодиссекции). Послеоперационный период протекал тяжело – больной высоко лихорадил, отмечались тахикардия, лейкоцитоз, вздутие живота в верхних отделах. На пятые сутки после промывания дренажа, по которому после операции не было отделяемого, одномоментно выделилось около 200 мл гноя, а затем кишечное содержимое. После предоперационной подготовки выполнена релапаротомия. В брюшной полости незначительное количество серозной жидкости. Поперечно-ободочная кишка подтянутая кверху, припаяна к передней брюшной стенке, надежно отделив верхний этаж брюшной полости. В окне брыжей-

ки – два участка петли кишки, использованной для анастомоза, между ними – Брауновское соустье. Вдоль брыжейки поперечно-ободочной кишки уложены влажные полотенца, отделяющие её от нижнего этажа брюшной полости. Со стороны печени начато отделение кишки в сторону селезеночного угла (под контролем электрооотсоса). Обнаружены культя желудка и анастомоз с абсцессом между задней стенкой культи, поджелудочной железой и селезенкой. Гной удален, полость осушена, со стенок снята плотная фибриновая пленка. Анастомоз при ревизии «развалился» из-за краевого некроза почти по всей его окружности. Сама культя признана жизнеспособной. Была выполнена следующая операция:

1) Через остатки культи желудка в пищевод введена дренажная силиконовая трубка диаметром 10 мм.; вокруг нее сшита единичными узловыми швами передняя и задняя стенки культи (после иссечения некротизированных тканей); трубка выведена на переднюю брюшную стенку, сформирован наружный желудочный свищ. От любого анастомоза в окружении стенок абсцесса и отека стенок культи решено было воздержаться;

2) После тщательной санации верхнего этажа брюшной полости, петля тонкой кишки, которая использовалась для анастомоза, низведена в нижний этаж. Из нее сформирована еюностома типа Ру: центральный конец выведен в левом подреберье, ниже сформирован энтеро-энтероанастомоз по типу «конец в бок». Брюшная полость промыта, осушена. Верхний этаж дренирован двумя дренажными трубками.

Послеоперационный период протекал тяжело. Со вторых суток начато питание через еюностому. Швы на культе желудка (вокруг дренажа) оказались состоятельны. Через 3 месяца больной взят на реконструктивную операцию. С техническими трудностями из сращений были выделены и культя желудка и центральный конец еюностомы. Культя желудка в виде ригидной трубки, диаметром, который соответствует дренажу. Выполнена диафрагмотомия по Савиных, в брюшную полость низведено около 5 см пищевода. Выполнена гастроэктомия с формированием эзофаго-еюноанастомоза по Ру. Больной выписан через месяц после операции. Повезло!

Вывод:

Ни один пациент не бывает настолько плох, чтобы не попытаться спасти ему жизнь.

М. Равич

7.3. Пенетрация и перфорация язвы желудка в левую плевральную полость с образованием внутриплеврального абсцесса

В отделение торакальной хирургии центрального военного госпиталя одной из групп войск Варшавского договора поступил местный житель, 49 лет, фермер, с жалобами на постоянные боли в левой половине живота и груди, периодическое повышение температуры, постоянный кашель, тошноту и периодическую рвоту. Накануне поступления в рвотных массах был гной.

При рентгенологическом обследовании обнаружен абсцесс над левым куполом диафрагмы, содержащий жидкость и пузырьки газа, резкое утолщение и ограничение подвижности диафрагмы. При ФГДС обнаружена хроническая каллезная язва в области дна желудка, из которой небольшими порциями поступает гной. После дообследования и подготовки больной оперирован. При ревизии органов брюшной полости выявлено: желудок в области дна сращен с левым куполом диафрагмы, туда же подтянута селезенка. Рассечена желудочно-ободочная связка. Начата мобилизация желудка вдоль большой кривизны справа налево. Аккуратно, вблизи желудка пересечены короткие сосуды, удалось дойти до сращения желудка с диафрагмой. Рассечена пищеводно-желудочная складка брюшины, пищевод взят «на держалку». Начата мобилизация дна желудка от пищевода влево. После мобилизации оказалось, что место сращения – площадка, диаметром ≈ 3 см. Произведено отсечение желудка от диафрагмы за счет его стенки, по краю каллезной язвы. В желудке дефект округлой формы диаметром 3 см, в диафрагме – дно язвы с отверстием в центре диаметром 1 см. Из него поступает гной (удален отсосом, ≈50 мл.). Через отверстие диафрагмы пальцем ревизована полость абсцесса – стенки плотные, полость на диафрагме. В нее введен корнцанг, инструмент направлен вдоль диафрагмы к левой оконечности абсцесса, ориентируясь на него в межреберье сделан разрез, через который введена двухпросветная трубка. Отверстие в диафрагме ушито П-образными швами. Язва желудка иссечена в пределах здоровых тканей. Дефект ушит двухрядным швом. Срочное гистологическое исследование: злокачественного роста не выявлено. Туалет поддиафрагмального пространства с установкой дренажной трубки. Таким образом, в этом случае мы столкнулись с необычной локализацией язвы желудка и необычным осложнением. В последующем мы неоднократно стал-

кивались с прорастанием из желудка в диафрагму – но это был рак. В этом случае оказалась хроническая каллезная язва.

7.4. «Нестандартный» эзофаго-еюноанастомоз при гастрэктомии

Во время операции по поводу рака тела желудка на завершающем этапе мобилизации с абдоминальной части пищевода циркулярно, вместе с брюшиной была удалена вся мышечная оболочка. Это было выявлено уже при начале формирования эзофагоеюноанастомоза. В операцию включился старший хирург. После ревизии выяснилось, что для полноценного анастомоза необходимо перейти на торакотомию. Однако состояние больного не позволяло этого сделать – возраст, сопутствующие заболевания и т. д. Была выполнена диафрагмо- и круротомия по Савиных. Удалось низвести пищевод в брюшную полость с полноценной мышечной оболочкой. Доступными манипуляциям оказалось около 2 см стенки пищевода. В пищевод был проведен (анестезиологом) толстый желудочный зонд – вровень с его абдоминальным краем. Сформирована петля тощей кишки для анастомоза. На боковой стенке кишки сделан разрез в поперечном направлении шириной около 2 см. В нее инвагинирован в виде «хоботка» пищевод, который по кругу подшит к кишке единичными швами циркулярно. Удалось сформировать и второй ряд швов. Далее кишка фиксирована и к диафрагме. Желудочный зонд заменен питательным. Послеоперационный период протекал без особенностей. Больной выписан.

7.5. Острый аппендицит в грыжевом мешке

Червеобразный отросток может оказаться в грыжевом мешке при различных обстоятельствах: при скользящей грыже, при длинной и подвижной слепой кишке, при «традиционной» грыже, при необычной длине самого отростка. Острый аппендицит может развиться так при ущемлении, так и без него.

Под нашим наблюдением находилось двое больных, у которых в грыжевом мешке развился острый аппендицит:

1. Больной. С., 30 лет, поступил в клинику по скорой помощи с диагнозом – «ущемленная правосторонняя косая паховая грыжа». При осмотре диагноз сомнений не вызывал, мало того, было четкое представление о воспалительном процессе в грыжевом мешке:

гиперемия, отечность кожи над грыжевым выпячиванием, резкая болезненность при пальпации, повышение температуры тела до 38°С, лейкоцитоз «со сдвигом формулы влево». Обращало на себя внимание – небольшие размеры грыжевого мешка и полное отсутствие признаков кишечной непроходимости.

На операции: после выделения и вскрытия грыжевого мешка в нем выявлен флегмонозно-измененный червеобразный отросток – гиперемированный, напряженный, покрытый легким налетом фибрина. Гноя в мешке не оказалось – было небольшое количество серозного выпота. После рассечения грыжевого мешка из брюшной полости была подтянута слепая кишка и оставшаяся в брюшной полости часть червеобразного отростка (около 2,5 см), общая длина отростка – около 15 см. Выполнена аппендэктомия. В брюшной полости выпота нет. Операция завершена по методике Жирара-Кимбаровского. Послеоперационный период протекал без особенностей. На 8-е сутки больной выписан.

2. Больной Х., 45 лет, поступил в клинику с диагнозом «ущемленная правосторонняя косая паховая грыжа». После короткой подготовки оперирован. После выделения и вскрытия мешка в нем обнаружена подвижная слепая кишка, фиксированная рыхлыми спайками катарально измененный червеобразный отросток – гиперемированный, отечный, напряженный, с инъецированными сосудами. На слепой кишке – вторичные изменения: легкая гиперемия, точечные кровоизлияния. Выполнена аппендэктомия, кишка погружена в брюшную полость. Пластика по Жирару-Кимбаровскому. Выписка на 10-е сутки.

7.6. Туберкулез червеобразного отростка

Больной. Ф., 30 лет, поступил в клинику по скорой помощи с диагнозом «острый аппендицит». Клиническая картина сомнений не вызывала, больной был подготовлен и взят в операционную. Немаловажная деталь из анамнеза – пациент переведен из фтизиатрического диспансера, где проходил лечение по поводу туберкулеза легких (БК-). На операции: в брюшной полости выпота нет. Червеобразный отросток резко утолщен у основания на протяжении 3 см (общая его длина – 7 см.), измененная часть бугристая. В брыжейке отростка 2 плотных лимфатических узла. Выполнена типичная аппендэктомия. Культя отростка обработана и погружена без проблем. Ревизована терминальная часть подвздошной кишки – изме-

нений ни в ней, ни в ее брыжейке нет. Препарат: червеобразный отросток с описанными изменениями; на разрезе – изъязвления слизистой, измененная часть в виде бугорков с распадом. Гистологическое заключение – туберкулез червеобразного отростка. Через 7 дней переведен в тубдиспансер. Случай в нашей практике – единственный, но он был, а значит и другим хирургам об этом необходимо помнить.

7.7. Эхинококкоз печени

В последние годы в Украине активизировалась хирургия эхинококкоза печени. Количество операций, а соответственно, и больных, значительно увеличилось. Какие причины – сказать не можем, детально этот вопрос не изучали. Хирурги используют различные операции – открытые и лапароскопические, цель которых – выполнить эхинококкэктомию, которая может быть закрытой (без вскрытия кисты – «идеальная» резекция части органа с кистой, цистоперицистэктомия) и открытой (не путать с доступом в живот) – с пункцией, рассечением стенки органа и удалением её содержимого. Главная проблема – остаточная полость, которая может перерасти в самостоятельную проблему. Предложено множество способов для ее ликвидации: капитонаж (инвагинация) фиброзной капсулы, тампонада прядью сальника и т. д. При неполной ликвидации выполняют её наружное дренирование, редко – внутреннее (цистодигестивные анастомозы). Анализ операций, выполненных в наших клиниках в последние годы, говорит о том, что в большинстве случаев удается решить все проблемы за одну операцию. Но не всегда так бывает, и не всем так везет. Приводим клинический пример.

Больной В., 47 лет, поступил в клинику для планового оперативного лечения с диагнозом – эхинококкоз печени. Диагноз был поставлен после выполненного обследования – рентгеноскопии, УЗИ, целиакографии. Были поражены VII и VIII сегменты правой доли печени. Операция: доступ по С.П. Федорову в правом подреберье; обнаружена значительных размеров эхинококковая киста, занимающая большую часть правой доли печени, размерами 25×25 см. Серповидная связка была рассечена, печень «опущена» в сторону брюшной полости. Перед хирургами встал вопрос – что делать? От правосторонней гемигепатэктомии сразу отказались. Оградив печень полотенцами, с помощью цистотома выполнили пункцию полости кисты, удалено около 3 литров мутной жидкости

без запаха. Удаление проводили медленно, во избежание развития коллапса. После опорожнения кисту вскрыли, удалили обызвествленные участки фиброзной капсулы, выполнили тщательный гемостаз, обработали полость 2% раствором формалина. Размеры кисты не позволили выполнить ни один из известных способов ликвидации остаточной полости. В ее просвет ввели двухпросветную дренажную трубку, полость ушили вворачивающими швами для уменьшения ее объема. В послеоперационном периоде проводили активное дренирование с промыванием и аспирацией. В течение 1 месяца полость значительно уменьшилась, но не закрылась (контрольная фистулография). По просьбе пациента был выписан на амбулаторное лечение с функционирующим дренажом, полностью проинструктирован о методах ухода за ним. Поступил только через 5 месяцев после выписки. Дренаж остался на месте, но по нему поступал гной. Активное дренирование по Н.Н. Каншину к успеху не привело. Пришлось оперировать повторно: стенку абсцесса рассекли, удалили частицы кальцинированных стенок, ушили рану печени вворачивающими швами оставлением в остаточной полости (3×4 см) дренажа. Наступило излечение (рис. 233).

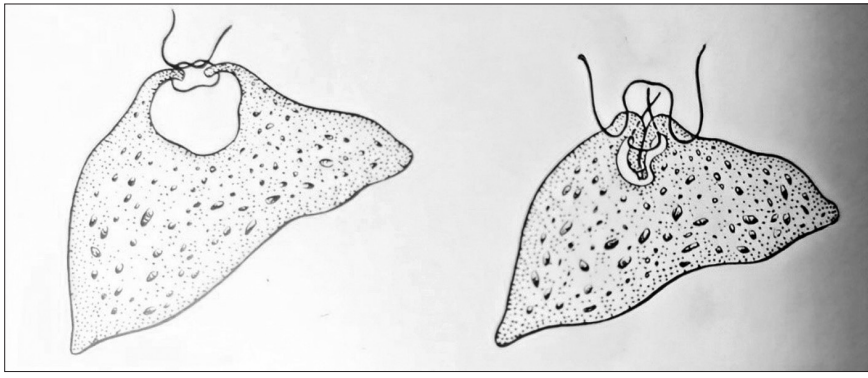


Рис. 233. **Методы инвагинации фиброзной капсулы.**

Цель демонстрации – а) хирургия эхинококкоза не всегда проста и благополучна, могут быть осложнения, требующие длительного лечения; б) выписывать больных с активным дренажом при отсутствии патронажной службы – дело рискованное; в) отказ от гемигепатэктомии себя оправдал –удалось сохранить три полноценных сегмента печени и желчный пузырь.

7.8. О разрушительной силе деструктивного панкреатита

Панкреонекроз – одна из сложных и далеких от разрешения проблем неотложной абдоминальной хирургии. Для того, чтобы ее осознать, необходимо не только хорошо знать статистику, необходимо принять участие в лечение хотя бы нескольких больных с настоящими деструктивными панкреатитами и их тяжелыми, трагическими, трудно поддающимися лечению осложнениями. Приводим два клинических случая.

1. Больной К, 18 лет, переведен в клинику из районной больницы с диагнозом «острый панкреатит», где находился на лечении в течение недели. Из анамнеза выяснено, что перед заболеванием находился на «отдыхе» на одном из курортов Турции, где злоупотреблял алкоголем (и это в 18 лет!). По приезде почувствовал себя плохо, был госпитализирован, а затем переведен в клинику. После обследования был установлен диагноз: инфицированный панкреонекроз, гнойный парапанкреатит, системная воспалительная реакция с полиорганной недостаточностью. Проводилась многокомпонентная интенсивная терапия, санирующие операции – удаление секвестров поджелудочной железы, парапанкреатической и параколярной клетчатки, дренирование очагов. Каскадно развивались тяжелые осложнения: некроз и перфорация стенки желудка, 12-перстной кишки, поддиафрагмальный абсцесс, некроз и перфорация диафрагмы, внутриплевральный абсцесс, бронхо-плевральный свищ. Все они представлены на рентгенограммах (234-237).



Рис. 234. **Гнойно-деструктивный процесс в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке с некрозом 12-перстной кишки и перфорацией.**



Рис. 235. **Гнойно-деструктивный процесс в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке с некрозом 12-перстной кишки и задней стенки желудка в области дна с их перфорацией.**

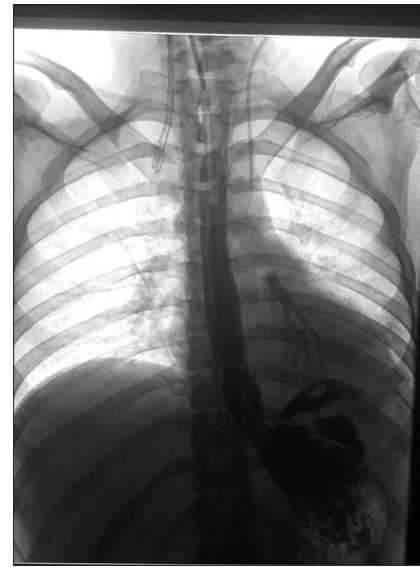


Рис. 236. **Гнойно-деструктивный процесс в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Некроз стенки желудка, поддиафрагмальный абсцесс слева, некроз левого купола диафрагмы, внутриплевральный абсцесс слева, бронхо-плевральный свищ.**

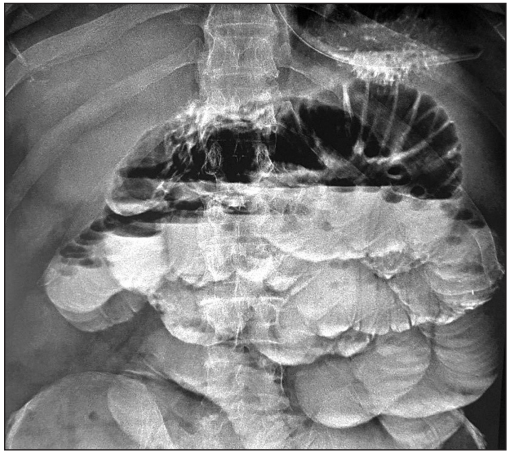


Рис. 237. **Гнойный парапанкреатит, некроз забрюшинной клетчатки, перитонит, парез тонкой кишки.**

В течение месяца удалось стабилизировать состояние больного, что позволило его перевести его на лечение в одну из клиник Германии.

2. Больной К., 42 лет, поступил в отдделение неотложной хирургии с диагнозом «острый аппендицит». У дежурной службы диагноз сомнений не вызывал, больной был взят на операцию. Во время лапароскопической операции они появились: в брюшной полости около 200 мл геморрагического выпота, вторично измененный червеобразный отросток, отек забрюшинной клетчатки (больше по правому флангу). Выполнена аппендэктомия, выпот из брюшной полости удален, в полость малого таза поставлен дренаж. Самое главное был уточнен диагноз – острый панкреатит, отечная форма. После операции больной обследован – на КТ выявлены изменения в поджелудочной железе – увеличение в объеме, неоднородность структуры, выраженный отек парапанкреатической клетчатки по ходу правого бокового канала. Несмотря на интенсивную терапию, развился панкреонекроз, некроз парапанкреатической и параколлярной клетчатки справа, его инфицирование. Основной очаг некроза железы – в области ее головки. Больной оперирован. Выполнена люмботомия с удалением некротических тканей (клетчатки) в области головки и восходящей ободочной кишки, дренирование. Далее – целая цепь осложнений – некроз и перфорация восходящей кишки в области печеночного изгиба (выполнена илеостомия – кишка отключена), некроз и перфорация вертикальной части 12-перстной кишки. Была выполнена правосторонняя гемиколэктомия, дренирование брюшной полости с надеждой на формирование наружных свищей. К сожалению, несмотря на интенсивную терапию, после многочисленных санирующих операций наступила смерть.

Цель демонстрации – показать, что проблема панкреонекроза, это не только проблема поджелудочной железы, это проблема тех сложнейших и очень опасных процессов, которые панкреонекроз инициирует. В этой ситуации главное – своевременная диагностика и своевременная обработка подлежащих санации очагов. А их несколько – поджелудочная железа, парапанкреатическия и забрюшинная клетчатка, полость брюшины (ферментативный, а затем гнойный перитонит), кишечник (парез, паралич, энтеральная недостаточность). У больного с панкреонекрозом каждый день необходимо начинать с контроля, оценки перечисленных очагов, работать на опережение, а не «бить по хвостам» и помнить – ника-

ких временных «нормативов» их появления, последовательности – не существует. Процесс может проходить «молниеносно», а может растянуться во времени. Будьте бдительны!

7.9. Смертельное кишечное кровотечение, как осложнение гангренозно-перфоративного аппендицита

Больной К, 16 лет, поступил в клинику с диагнозом «острый аппендицит». Диагноз уточнен – острый деструктивный аппендицит, местный неотграниченный перитонит. Выполнена аппендэктомия (гангренозно-перфоративний аппендицит), санация и дренирование полости малого таза. На третий день после операции состояние больного ухудшилось – потеря сознания, падение артериального давления, тахикардия и др. признаки внутреннего кровотечения. По проходимому дренажу в полости малого таза отделяемого нет. Через 20 минут – обильный дегтеобразный стул со сгустками крови – до 2,5 литров. Источник кровотечения – полый орган. Выполнена ФГДС, вся слизистая осмотрена до связки Трейтца – следов крови и источников кровотечения нет. В отделении реанимации и интенсивной терапии начата мощная инфузионная терапия, показатели гемодинамики восстановлены. Через 10 часов ситуация повторилась, в судне до 2 л измененной крови. После стабилизации состояния – релапаротомия. В брюшной полости выпота нет. В зоне операции – спокойно. По цвету стенки – кровь во всех отделах толстой кишки и 80 см подвздошной кишки –выявить источник кровотечения не удалось – визуальных и пальпаторных признаков не обнаружили. Брюшная полость зашита наглухо. Через 12 часов –рецидив кровотечения (до 2 литров), ДВС-синдром, смерть.

При патологоанатомическом исследовании – в куполе слепой кишки, на задней стенке, три плоские, в пределах слизистой, острые язвы (эрозии) диаметром до 1,5 см каждая с тромбированными сосудами на дне.

Этим случаем мы хотим напомнить хирургам о таком грозном осложнении при многих патологических состояниях, как острые эрозии и язвы, и не обязательно, чтобы они появлялись в желудке и 12-перстной кишке, в местах контакта слизистой с агрессивным содержимым. Это может быть любой отдел ЖКТ, в описанном случае – слепая кишка.

7.10. Гигантский метастаз рака желудка в левую долю печени

Больной С. 68 лет, поступил в клинику с диагнозом: «Гигантский метастаз рака желудка в левую долю печени». Из анамнеза выяснено, что 4 года назад был оперирован по поводу рака выходного отдела желудка в одной из больниц Крыма. В течение 4 лет чувствовал себя удовлетворительно, не работал, активно занимался домашним хозяйством, не обследовался, никакого лечения не получал. «Жил как все» (со слов больного). За месяц до поступления начал ощущать чувство тяжести в эпигастрии, дисфагические проявления, общую слабость. В поликлинике по месту жительства обнаружен гигантский метастаз в левой доле печени. В клинике дообследован, диагноз подтвержден, после подготовки прооперирован. При ревизии обнаружена белесая бугристая опухоль, которая занимала большую часть левой доли печени, сдавливающая культю желудка, с обширным перифокальным спаечным процессом. При эндоскопической ассистенции спайки разделены, пересечены связки печени, левая доля «вывихнута в рану» и отгорожена от свободной брюшной полости влажными полотенцами. Выполнена атипичная резекция печени по Тон-Тхат-Тунгу. По ходу отделения резецируемой части печени проводили лигирование сосудов и протоков, электрокоагуляцию кровоточащей паренхимы. Образовавшаяся раневая поверхность была закрыта прядью большого сальника, который на первой операции удален не был. К зашитой ране подведено два марлевых тампона и дренажная трубка (выведены наружу через отдельный разрез в правом подреберье). Послеоперационный период протекал без особенностей, на 20 сутки выписан по

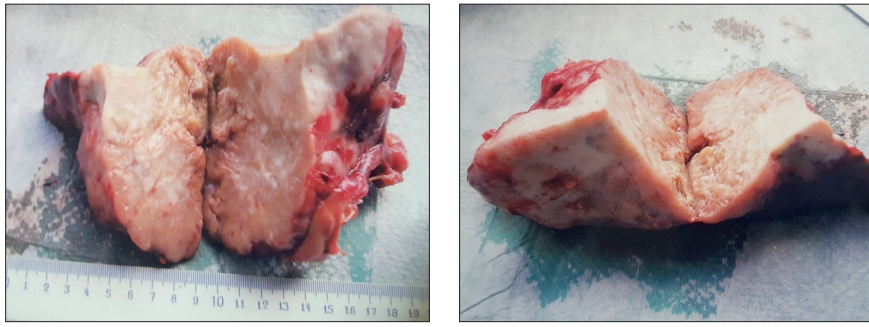


Рис. 238. **Резецированная левая доля печени с метастазом рака желудка.**

месту жительства. Как и после первой операции к хирургам поликлиники не обращался, умер через 2,5 года от инфаркта миокарда. На рисунках 238 предоставлена фотография удаленного препарата.

Случай поучительный: единичный, медленно растущий метастаз в левой доле печени; отсутствие признаков иного метастазирования; продолжительность жизни после первой операции до смерти – 6,5 лет! Как это объяснить? Все бывает, все зависит от организма и невидимых механизмов сдерживания онкологического процесса.

7.11. Профузное кровотечение из постбульбарных язв

Больной. В., 45 лет, Поступил в хирургическое отделение одной из ЦРБ с диагнозом – желудочно-кишечное кровотечение тяжелой степени. В анамнезе язвенная болезнь желудка (5 лет). Начата инфузионная терапия, во время которой наступил рецидив кровотечения – обильная мелена, падение артериального давления, тахикардия. Взят в операционную, на операционном столе проведена экстреннаая стабилизация гемодинамики, начата операция. При ревизии выявлена рубцово-язвенная деформация пилорического отдела желудка, переполненная кровью толстая и тонкая кишка. В желудке крови не было. Выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера на короткой петле. В резецированной части желудка, в пилорическом отделе рубцующаяся язва без симптомов кровотечения. Через 12 часов – рецидив кровотечения: 500 мл жидкой крови выделились через зонд в культе желудка. Вызван областной хирург. Релапаротомия, «распущены» швы передней стенки анастомоза, прошиты отдельные сосуды по его линии. Через 12 часов – новый рецидив, снова по зонду поступила кровь. Прибывший профессор одного из университетов провел вторую релапаротомию – выводы и действия те же. Через 12 часов – новый рецидив. Объем изливавшейся крови – тот же. Была попытка доставить в больницу хирургов из института им. А.А. Шалимова – не удалось, в санавиации не оказалось самолета. Ясно было одно – кровотечения повторяются через 12 часов. В «светлом окне» были приняты меры – больной доставлен вертолетом в отделение неотложной хирургии Главного военного госпиталя. До «рокового срока» оставалось 45 минут. Больной взят в операционную, под наркозом в культю желудка введен гастроскоп

– культя без особых изменений, линия швов без признаков кровотечения. В момент осмотра началось интенсивное кровотечение… из приводящей петли анастомоза, стало ясно – источник в 12-перстной кишке. К этому времени уже развилось нагноение послеоперационной раны. Косым разрезом (люмботомическим), внебрюшинно, с мобилизацией печеночного угла толстой кишки вышли на вертикальную часть 12-перстной кишки. В области нижнего ее угла пропальпирована плотная язва диаметром до 2 см. Дуоденотомия над язвой. Кровотечение продолжается. Язва прошита двумя П-образными швами. Кровотечение остановлено. Дуоденотомическое отверстие ушито. Выздоровление. Выписан через 25 суток, продолжает службу в рядах армии.

Вывод простой: во время операции должна выполняться полноценная ревизия, источников может быть несколько. Еще настоятельнее это необходимо делать при рецидивах, можно допустить роковую ошибку, не исполняя это правило. И последнее – к язве можно подойти не только традиционным путем, об этом надо помнить.

7.12. Профузное тонкокишечное кровотечение

Больной И., 27 лет, поступил в клинику с диагнозом – «желудочно-кишечное кровотечение» тяжелой степени. Кровотечение проявлялось головокружением, общей слабостью, падением артериального давления до 80/40, тахикардией, обильным черным стулом. Тошноты и рвоты не было. Выполнена экстренная ФГДС – источника кровотечения в желудке и 12-перстной кишке не выявлено. При ректальном исследовании следы жидкого стула черного цвета. Начата инфузионная терапия, переливание крови. Из анамнеза выяснено, что больной злоупотреблял алкоголем. Среди прочего выпил флакон «тройного одеколона». Учитывая данные ФГДС, предположили наличие источника кровотечения в тонкой кишке. Через сутки в отделении интенсивной терапии и реанимации кровотечение повторилось – обильный дегтеобразнный стул (до 2 л), коллапс. После стабилизации гемодинамики больной взят на операцию. При ревизии выявлена кровь, которая просвечивалась через стенку тонкой и толстой кишки. Уровень заполнения тонкой кишки начинался в 120 см от связки Трейтца. Пальпаторно в тонкой кишке выявить источник кровотечения не удалось. В операционную вызван эндоскопист. С помощью первомура про-

ведения стерилизация гастроскопа (торцевого). На петле тонкой кишки, свободной от крови, сделан небольшой поперечный разрез, через который вначале был проведен наконечник электроотсоса. Жидкое содержимое тонкой кишки удалено. Затем в просвет введен гастроскоп, начат обзор тонкой кишки со стороны просвета. При нагнетании воздуха в 30 см дистальнее разреза на брыжеечном крае тонкой кишки обнаружен фиксированный сгусток крови диаметром до 2,5 см, проведен осмотр через гастроскоп, обнаружена острая язва – источник кровотечения. Эндоскоп извлечен, отверстие ушито. Выполнена секторальная резекция на протяжении 15 см. Анастомоз «конец-в-конец». Препарат: на брыжеечном крае тонкой кишки острая язва (до мышечного слоя) диаметром 2,0 см с тромбированными сосудами. Выздоровление. Выписан через 15 дней с рекомендациями соблюдать культуру употребления алкогольных напитков (хотя бы исключить тройной одеколон). Цель демонстрации – в случаях расположения источника кровотечения в тонкой кишке, при невозможности пальпаторной верификации, выручает интраоперационная энтероскопия.

7.13. Желудочно-брюшной свищ

Больной И, 49 лет, поступил в клинику с диагнозом – «желудочно-брюшной свищ», то есть наружный свищ образовался между передней стенкой желудка и передней брюшной стенкой. Из анамнеза выявлено, что на протяжении более 20 лет страдает язвенной болезнью желудка с периодическими обострениями. Лечился самостоятельно у «народных целителей» по месту жительства (деревня на берегу Онежского озера) – мед, отвары из трав и т. д. Последнее обострение протекало необычно – к типичным язвенным болям присоединились боли в передней брюшной стенке, с повышением температуры тела, гиперемией кожи, отеком кожи и подкожной клетчатки. Через неделю от начала обострения в центре очага образовалось размягчение и затем образовался свищ, по которому выделялся гной, а затем желудочное содержимое в небольшом количестве, сильно беспокоило больного раздражением кожи. Длительность заболевания – 1 месяц. Обследован. При рентгеноскопии выявлена язва тела желудка, в средней трети, с каллезными краями, диаметром около 2 см, глубиной до 1 см. Поступление контраста в свищевой ход не отмечено. На фиброгастроскопии диагноз подтвержден, но при нагнетании воздуха в просвет желудка отмечено

его поступление наружу. В течении недели подготовили кожные покровы вокруг свища, который располагался по средней линии ниже мечевидного отростка на 5 см. Операция. Окаймляющим разрезом вокруг свища рассечена кожа, подкожная клетчатка до апоневроза. Края кожи над свищем сшиты наглухо. Аккуратно выполнена лапаротомия. Свищевой ход, сшитые лоскуты кожи прочно фиксированы к передней стенки желудка. Аккуратно рассечены немногочисленные спайки, выполнена мобилизация желудка с последующей резекцией 2/3 объема с формированием гастро-енетеростомоза по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера на короткой петле. Гистологическое исследование «препарата», как и после ФГДС подтвердило диагноз хронической каллезной язвы.

Цель демонстрации – обратить внимание хирургов на необычные осложнения язвенной болезни желудка.

7.14. Инородное тело брюшной полости

В клинику в плановом порядке обратилась **больная С, 40 лет**, с жалобами на появление в брюшной полости болезненного образования, которое она пальпировала самостоятельно. Из анамнеза выявлено, что 2 года назад была прооперирована в одном из институтов по поводу гемангиомы печени. Выполнена анатомическая резекция левой доли печени. Со слов больной, операция длилась более 4-х часов, во время оперативного вмешательства развилось тяжелое кровотечение, послеоперационный период протекал тяжело. По каким-то причинам она решила к оперировавшим хирургам не обращаться. При обследовании выявлено опухолевидное образование в эпигастральной области, плотное, легко смещаемое, размерами 15×5 см., умеренно болезненное, близко расположенное к передней брюшной стенке. При ФГДС и ирригоскопии данных за опухолевый процесс в желудке и ободочной кишке нет. На УЗИ – указанных размеров образование, напоминающее по характеристикам желчный пузырь с толстыми стенками, содержащий неоднородную массу с уплотнениями. На операции: в брюшной полости выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости (в зоне вмешательства). Между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой «завернутое» в прядь большого сальника образование веретенообразной формы, напоминающее кукурузный початок размерамим 15×5×5 см, плотное, бугристое, гиперемированное. Образование острым и тупым путем аккуратно выделено

из сращений, удалено. Дефект в желудочно-ободочной связке ушит, рана тоже. К месту операции подведен дренаж, который через двое суток удален. Препарат: «новообразование» указанных выше размеров, плотное, бугристое, обернутое прядью сальника. Рассечено: в просвете – гной, марлевый тампон, толщина фиброзной стенки – около 1,0-1,5 см. (рис. 239).

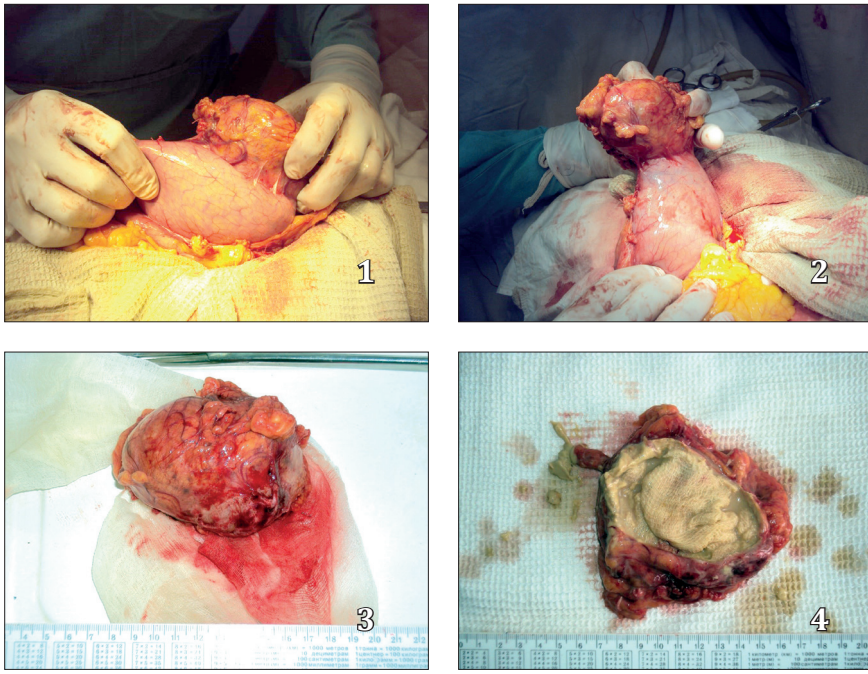


Рис. 239. **Инородное тело брюшной полости.**

Цель демонстрации – привлечь внимание хирургов к возможности подобного осложнения; к длительному (2 года) бессимптомному течению; к нагноению внутри капсулы в отдаленном периоде.

7.15. Инородное тело в паховом канале

Больной П., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с диагнозом: «Рецидивная правосторонняя косая паховая грыжа, подозрение на ущемление». Из анамнеза выяснено, что 2 месяца назад пациент был оперирован в плановом порядке в одной из ЦРБ

по поводу правосторонней косой паховой грыжи. Выписных документов у пациента не оказалось. После выписки в области послеоперационного рубца определялось болезненное выпячивание. В поликлинике получал сеансы УВЧ- терапии, без эффекта. При осмотре в области послеоперационного рубца, соответственно его длине, определяется плотный инфильтрат, по пальпаторным ощущениям – в паховом канале. Умеренная гиперемия и отек кожи. Увеличенное, болезненное правое яичко. Признаков нарушения пассажа по кишечнику нет. На УЗИ высказано предположение о наличии в паховом канале инородного тела – салфетки. Операция: послеоперационный рубец иссечен. Выделен ушитый узловыми швами апоневроз наружной косой мышцы. Швы сняты. В паховом канале марлевая салфетка длиной 6 см и шириной 3 см, небольшое количество серозной жидкости без запаха. Инородное тело удалено. Семенной канатик отечен, с инъецированными сосудами. Признаков рецидива грыжи нет. Редкие швы на апоневроз наружной косой мышцы с установкой в паховом канале силиконового дренажа по Н.И. Каншину. Швы на кожу. Послеоперационный период без осложнений. Выписка на 10 день.

Цель демонстрации – показать, что в хирургии возможно все, даже салфетки в паховом канале. Ко всему необходимо быть готовым.

7.16. Инородные тела желудочно-кишечного тракта

Что только не попадает в желудочно-кишечный тракт человека. Люди глотают различные предметы случайно, с суицидной целью, из озорства, часто – в состоянии алкогольного опьянения. Среди пациентов с инородными телами в ЖКТ часто встречаются люди с нарушением психики. Иногда это результат «самолечения». Среди предметов, найденных в ЖКТ, изделия из металлов, дерева, стекла, пластмассы, рыбные и мясные кости и т.д. Около 2/3 из них выходят самостоятельно, часть приходится удалять с помощью эндоскопов или открытой операции, часть приводит к тяжелым осложнениям и даже смерти.

В каждом конкретном случае подход к решению проблемы индивидуальный. Приводим один из наших случаев.

Больной С., 46 лет, поступил в клинику неотложной хирургии с диагнозом – инородное тело прямой кишки. Из анамнеза выяснено,

что амбулаторно он посещал уролога, который проводил ему пальцевой массаж предстательной железы. Поняв суть процедуры, пациент решил выполнять ее самостоятельно. Палец врача был заменен высоким толстостенным стаканом с округлым дном. Во время массажа стакан «ушел» кверху в прямую кишку. Извлечь его сразу не удалось. Пациент проявил смекалку, попытался зафиксировать и вытащить его наружу с помощью плоскогубцев. Захватить-то захватил, но... стенка раскололась и «намертво» зафиксировала инородное тело в прямой кишке, острые края уперлись в ее стенки. Больной взят в операционную. Попытка извлечь стакан через прямую кишку естественным путем не удалась. Выполнена лапаротомия косым разрезом в левой подвздошной области. В ректо-сигмоидном переходе пальпируется дно стакана. В дистальной части сигмовидной кишки выполнен поперечный разрез, толстым зондом через прямую кишку инородное тело «сдвинуто» в проксимальном направлении и извлечено. Сигмовидная кишка ушита.

Цель демонстрации – проинформировать хирургов о возможной природе и локализации инородного тела, способе его извлечения. Но это не все, способ самостоятельного массажа предстательной железы подсказал пациенту. .. уролог, но другой! Цель благотворительная – экономия средств на пальцевой массаж.

Больная Г., 25 лет, роженица, случайно во время еды проглотила Y-образную куриную кость, которая застряла в пищеводе и перфорировала его. Доставлена в кабинет гастроскопии. Попытки удаления кости с помощью эзофагоскопа оказались неудачными. Кроме того, нагнетаемый в пищевод воздух вышел за его пределы и привел к развитию подкожной эмфиземы на шее. Удалось, правда четко установить локализацию инородного тела – верхняя треть пищевода, правая стенка. Приглашенный хирург после предоперационной подготовки выполнил шейную медиастинотомию справа, выявил продольный разрыв стенки пищевода длинной до 8 см и куриную кость. Инородное тело удалено. Рана пищевода ушита однорядным швом в продольном направлении. Пищевод пересечен. Верхний фрагмент введен на шею слева, нижний – ушит наглухо. Сформирована гастростома по Витцелю. Средостение дренировано по Н. Н. Каншину. Интенсивное лечение в течение 3 месяцев. После стихания явлений медиастинита проведена реконструктивно – восстановительная операция. Левосторонняя шейная медиастинотомия, мобилизация участков пищевода, формирование эзофаго-эзофагоанастомоза по типу «конец в конец» на толстом зонде

однорядным швом. В постоперационном периоде кормление через гастростому в течение 15 дней. Выздоровление.

Цель демонстрации: в условиях медиастинита и реальной угрозы несостоятельности швов операция выполнена в 2 этапа с восстановлением проходимости пищевода через 3 месяца после окончания воспалительного процесса и минимальным риском развития послеоперационных осложнений.

Больной П., 56 лет, поступил в ЦРБ с диагнозом – «острый аппендицит». Дежурный хирург во время операции при ревизии выявил неизмененный червообразный отросток и обширную забрюшинную гематому. Операция была остановлена, высказано предложение о повреждение правой почки, которая могла послужить причиной формирования гематомы. Через сутки больной прооперирован повторно прибывшим урологом. Во время правосторонней люмботомии повреждения правой почки выявлено не было, зато была обнаружена аневризма аорты с разрывом ее стенки. Операция была вновь остановлена. И только на третьи сутки прибывший хирург во время очередной операции обнаружил веретенообразную аневризму брюшной аорты, располагающуюся ниже почечных артерий, но с переходом на подвздошные сосуды. Была выполнена первая в Закарпатской области резекция аневризмы с аортобифеморальным шунтированием с благополучным исходом.

Цель демонстрации: показать сложность диагностического процесса в условиях ЦРБ (отсутствие специального оснащения): грамотные действия хирургов, ни один из которых не превысил уровня своей компетенции, и не нарушил главного принципа хирургии – «не навреди»; решимость хирурга основанную на знаниях и опыте, приобретенным во время роботы в специализированной клинике.

Больная К., 35 лет, поступила в гарнизонный военный госпиталь в состоянии, по заключению хирургов «острой катастрофы» в брюшной и грудной полостях, беременность – 38 недель. Сердцебиение плода не нарушено. Живот вздут, перистальтика отсутствует, симптомы раздражения брюшины по всему животу, пальпация во всех отделах резко болезненна, слева в грудной полости притупление на уровне 4 ребра, дыхание не прослушивается. В анализах крови – выраженный нейтрофилез со сдвигом формулы влево, анемия (Hb-68 г/л).На обзорных рентгенограммах – тонкокишечные уровни, гидроторакс слева до уровня 3 ребра. Больную начали готовить к операции в условиях отделения интенсивной терапии. За время

подготовки была сформирована хирургическая бригада в составе хирургов и акушеров-гинекологов. Лапаротомия. В брюшной полости до 2 литров гемолизированной крови. С помощью отсоса она удалена из всех отделов. При ревизии обнаружена грыжа левого купола диафрагмы с перемещением почти всего желудка и селезенки в левую плевральную полость. Верхний этаж брюшной полости «отгорожен» с помощью марлевых тампонов. Проведено кесарево сечение, ребенок передан неонатологам. Выполнена надвлагалищная ампутация матки. Второй этап операции – из плевральной полости извлечен желудок и селезенка с разрывом ее капсулы и паренхимы. Удалено около 3-х литров гемолизированной крови со сгустками. Выполнена санация. При ревизии желудка выявлена лентовидная зона некроза его стенки с множественными перфорациями, с вовлечением в процесс как задней, так и передней стенки. Ширина полосы некроза – около 3 см. Выше и ниже ее желудок жизнеспособен. Решено желудок сохранить. Проведена атипичная резекция с иссечением (циркулярным) зоны некроза с образованием двух жизнеспособных частей – верхней (дно и часть тела) и дистальной – часть тела и антрум. Обе части сшиты в виде «футбольного мяча», сформирована разгрузочная гастростома. Тщательный гемостаз. Санация плевральной и брюшной полости путем промывания растворами антисептиков. Ушивание дефекта диафрагмы (6х8 см). Дренирование плевральной и брюшной полостей. Интенсивное лечение в послеоперационном периоде. Выздоровление. Ребенок жив!

Цель демонстрации: показать редкий вариант патологии у женщины на завершающим этапе беременности; грамотную организацию хирургической операции с привлечением квалифицированных хирургов, акушеров-гинекологов, неонатологов – каждый на высшем уровне сделал свою роботу в условиях гарнизонного госпиталя. Кроме того, операция проводилась в режиме DCS : после основных этапов – пауза, заполненная работой анастезиололога, направленной на стабилизацию состояния и обеспечения следующего этапа.

Б-ной З. 52 лет госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ с диагнозом –«желудочно-кишечное кровотечение» средней степени тяжести.

Язвенный анамнез – 5 лет. Системного лечения не получал. На ФГДС выявлена хроническая каллезная язва **задней** стенки луковицы 12-перстной кишки, осложненная кровотечением – F1b. Вы-

полнена электрокоагуляция язвы, начата инфузионная терапия и противоязвенное лечение. Через 3 часа развился рецидив кровотечения, по желудочному зонду начала поступать свежая кровь, развилась тахикардия, упало артериальное давление. Больной взят в операционную. Хирург выявил язву **передней** стенки луковицы 12-перстной кишки. Выполнена пилоропластика по Финнею с иссечением активной кровоточащей язвы. Прошивание язвы **задней** стенки не выполнено, **ваготомия не проведена**. Ровно через неделю развился рецидив кровотечения. Больной взят в операционную, выполнено релапаротомия. В просвете желудка и тонкой кишке – свежая кровь. Сняты швы с пилоропластики по Финнею – как с передней, так и задней губы. При ревизии выявлено язву на задней стенке луковицы, кратер которой выполнен сгустком крови. После его удаления кровотечение возобновилось. Язва дважды прошита П-образными швами, кровотечение остановлено. Выполнено ее экстерриторизация. Образовалась культя верхнее -горизонтальной части 12-перстной кишки сложной конфигурации со значительным дефектом передней стенки – вследствие пилоропластики по Финнею. Ни один из известных способов закрытия культи применить не удалось. Выход был найден. Желудок резецирован в объеме 2/3. Сформирована его культя. Тощая кишка обработана по Ру. Далее выполнено наложение гастроэнтероанастомоза по Ру – Витебскому с формированием и еюнодуденоанастомоза по типу «конец в конец», включающего пассаж желудочного содержимого 12-перстную кишку.

Цель демонстрации: обратить внимание хирургов на сложность диагностики и ведения больных с желудочно-кишечными кровотечениями. На каждом этапе все должно быть сделано грамотно и в полном объеме. В нашем случае при ФГДС не была диагностирована вторая язва луковицы 12-перстной кишки. Во время операции после иссечения язвы передней стенки не была прошита язва задней стенки луковицы. Пилоропластика по Финнею не была дополнена ваготомией, что несомненно сыграло свою роль в развитии рецидива из необработанной язвы. Квалификация хирурга, поставившего точку в этой эпопее, позволила найти и выход.

Больной К., 55 лет, госпитализирован в ургентном порядке в хирургическое отделение ЦРБ с сильными болями в животе и обильной рвотой цвета «кофейной гущи». Из анамнеза выявлено, что пациент в течении 15 лет страдает язвенной болезнью 12- перстной кишки, наличие язвы было подтверждено ФГДС. Системати-

чески не лечился, рекомендаций врачей не соблюдал. В последнее время появились симптомы стеноза выходного отдела желудка – чувство переполнения, периодическая рвота и т.д. На обзорной рентгенограмме уровней жидкости в кишечнике и свободного газа в животе не выявлено. Выполнено ФГДС: желудок значительно увеличен в объеме, переполнен жидкостью и кровью, пилорический отдел деформирован, для гастроскопа непроходим. В кардиальном отделе, по малой кривизне, под пищеводом – хроническая каллезная язва диаметром до 1.5 см., кратер которой выполнен сгустком. После ФГДС боль в животе усилилась. На повторной рентгенографии – свободный газ в брюшной полости. Прибывший хирург начал операцию. Выявлена перфорация описанной выше язвы кардиального отдела желудка. Кроме того, обнаружена инфильтрация забрюшинного пространства под печенью. Операция начата с обработки язвы кардиального отдела: желудок мобилизирован по малой кривизне с перевязкой и пересечением левой желудочной артерии. В желудок введен толстый желудочный зонд. Выделена абдоминальная часть пищевода. Кардиальная язва аккуратно иссечена, отверстие ушито, после соотвествующей мобилизации выполнена фундоплекация по Ниссену – с помощью манжетки швы по малой кривизне надежно укрыты. Все это выполнено на толстом зонде – проходимость пищевода не нарушена. Верхний этаж брюшной полости отграничен от свободной брюшной полости полотенцем. Выполнены мобилизация печеночного угла ободочной кишки и 12-перстной по Кохеру. Удалена желчь из забрюшинного пространства. На медиальной стенке 12-перстной кишки, в верхней части вертикальной ветви, выявлена гигантская каллезная язва, осложненная пенетрацией в головку поджелудочной железы и перфорацией. Сохранилась небольшая полоска неизмененной стенки кишки, выше – рубцовая деформация со стенозом. 12-перстная кишка пересечена у нижнего полюса язвы, в проксимальном направлении аккуратно мобилизирована верхне – горизонтальная часть 12-перстной кишки, ее луковица, дистальная половина желудка. Выполнено его резекция в объеме 2/3. Дно язвы прикрыто прядью сальника. Сформирована тощая кишка по Ру. Наложен гастроеюноанастомоз по Ру-Витебскому и дуодено-еюноанастомоз по типу «конец в конец». 12-перстная кишка была пересечена выше большого дуоденального соска на 2.5 см., поэтому анастомоз был сформирован с помощью однорядного шва. Послеоперационное течение гладкое. Цель демонстрации: показать разные сочетания

осложненных двоих язв – желудка и 12-перстной кишки, сложную интраоперационную ситуацию и нестандартные решения возникших перед хирургом проблем.

Больная Л., 56 лет (масса тела 96 кг). Десять лет назад оперирована по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. С течением времени появился кишечный дискомфорт – периодические поносы, сменяемые запорами, боли в левой половине живота и левом подреберье и др. Хирург в поликлинике расценивал это как проявление «постхолецистэктомического синдрома» и ограничивался, в основном, «свечами». Больная самостоятельно обратилась в одну из частных клиник, где к ней отнеслись более внимательно и начали обследование, в частности – колоноскопию. После подготовки кишечника, под внутривенным наркозом исследование было выполнено. Заключение эндоскописта – липоматоз (множественные липомы) нисходящей и сигмовидной кишки. Множественные липомы «на ножках», выполняющие просвет кишки были в таком количестве, **что выявить слизистую оболочку и оценить ее характер не представлялось возможным**. Осмотреть удалось толстую кишку по селезоночного угла (по длине введенного колоноскопа). Инструмент был аккуратно извлечен с удалением введенного воздуха. Через 1.5 часа больная начала предъявлять жалобы на сильную боль в животе, резкое его вздутие, неотхождение газов. Был вызван консультант, который четко высказался в пользу диагноза разлитого перитонита. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – свободный газ и жидкость. После подготовки – операция. В брюшной полости до 1.5 литра выпота со значительной примесью жидкого кала, наложения фибрина на нисходящей и сигмовидной кишке, на жировых подвесках, большом сальнике, в области ректо-сигмоидного перехода – перфоративное отверстие около 1.5 см, с вывернутой наружу слизистой, отложениями фибрина вокруг. Выпот удален. Края отверстия «освежены», ушиты в поперечном направлении узловыми швами в два ряда. Промывание брюшной полости, дренирование полости малого таза и левого бокового канала. Послойный шов раны. Растяжение сфинктеров прямой кишки. Несмотря на ожирение, сопутствующий сахарный диабет и другие хронические заболевания, послеоперационной период прошел без осложнений. Цель демонстрации: показать одно из самых опасных осложнений колоноскопии, выполненной под наркозом, с повреждением кишки в типичном месте – ректо-сигмоидном переходе; обратить внимание на грамотную трактовку увиденного,

подчеркнуть важность качественного наблюдения за пациентом, все было замечено вовремя, меры приняты оперативно и на высоком уровне. Короткая справка по эндоскопической диагностике липом толстой кишки. Это достаточно редкое заболевание. Липомы обнаруживаются всего у 0.2% процента подвергнутых аутопсии. Чаще они одиночные, но у каждого пятого – множественные. Самая частая их локализация – толстая кишка в области илео-цекального угла. Большинство из них овальной формы, они выступают в просвет кишки, имеют широкое основание, хорошо ограниченные от нормальной слизистой. Иногда липомы имеют вид жировых подвесок на ножках. Поверхность – гладкая, цвет – желтый, при надавливании инструментом образуется «вмятина»- «симптом подушки». Главное – **между липомами и вне их – нормальная слизистая, ее отсутствие – невозможно.**

Бывает…

Внутри жизни любого хирургического коллектива бывают случаи, которые надолго сохраняются в памяти и со временем приобретают статус легенд, эпоса, передаются из поколения в поколение, поделимся некоторыми из них:

1. Кабинет ректороманоскопии. Заведует им медицинская сестра с огромным опытом, любящая свою роботу, делающая все для создания в нем производственного комфорта и уюта. Все на своих местах, все всегда готово и работает, все под руками. Среди прочего – большие белоснежные салфетки с отверстием для ректоскопа в центре, края которого аккуратно обвязаны крючком в виде ромашки. Исследования проводит молодой хирург, пациентка – молодая женщина, лет 30. Все заняли исходные позиции, на ягодицы наброшена салфетка, все совмещено, но медсестра на что-то отвлеклась и отверстие салфетки несколько сместилось книзу. Ввели тубус ректоскопа, начали «поддув», пациентка занервничала, хирург тоже. Он шепотом попросил сестру: «М.И., пригласите кого-нибудь из старших, срочно!». М.И. выглянула в коридор и увидела выходящего из операционной доцента кафедры. Произошла примерно такая беседа:

– Ну, что тут у Вас?

– В. М., на 15 см опухоль, полностью обтурирующая просвет кишки, а ей всего 30!

– Дай гляну… да, не все так страшно, сейчас все исправим…

Ректоскоп извлекли, заменили на другой и осмотрели прямую кишку, где все было нормально. Далее:

– С…, ты женат?

– Да.

– И дети есть?

– Да, двое, мальчик и девочка.

– С… а чьи это дети?

И опытный доцент в двух словах объяснил молодому коллеге его заблуждения. Вывод простой: а) ничего нельзя делать вслепую; б) надо знать, как выглядит шейка матки.

Бывает…

Но на этом история не закончилась. Молодой хирург не смог смириться со случившемся и перешел в атаку. Из его розговора с другим молодым коллегой : «надо бы разобраться, В.М. тоже наверное не прав…я вводил ректороманоскоп по адресу…у больной, наверное, ректо-вагинальный свищ…»

Правы древние: «ошибаться – человечно, глупо на ошибках настаивать»

2. Ночь, в операционной идут операции, все привычно, размеренно. Выполняется апендикэктомия, операция не предвещает никаких осложнений, работают молодые хирурги, ответственный дежурный хирург отлучился на «чашку кофе». Вдруг- звонок, срочно просят в операционную. Изменения в отростке не соответствовали клиническим проявлениям, выполнили ревизию соседних органов: осмотрена подвздошная кишка – дивертикула Меккеля не оказалось. Худенькая больная, достаточный разрез. Раздвинули края раны, заглянули в малый таз… и вызвали старшого:

– В чем проблема?

– Да вот… случайно обнаружили в малом тазу опухоль – округлую, белесую, бугристую…

– Что собираетесь делать?

– Расширимся и уберем.

Далее – «непереводимая игра слов» и угроза наказать всю хирургическую бригаду удалением органов, аналогичных наблюдаемому у пациентки (речь шла о яичнике).

Добавим, если нет уверенности в своей правоте – никогда не давайте «волю рукам»

3. Плановая операция. У пациента рак кардиального отдела желудка с полной непроходимостью, прекращением поступления пищевых масс из пищевода. Обнаружили множественные метастазы в печени. Принято решение о выполнении паллиативной операции – формировании обходного эзофаго – еюноанастомоза, либо

еюностомы по Майдлю. Больной истощен, значительно потерял в весе. Операцию начали молодые ассистенты – основной хирург несколько задержался. Зная, что речь идет об обходном анастомозе, они до прихода начали…подшивать петлю тощей кишки к передней стенке желудка, зная, что при полной непроходимости в пилородуоденальной зоне формируют именно такой тип анастомоза. Подошедший оператор молча снял швы, выполнил мобилизацию по Савиных и т.д. Слава Богу, «инициатива» молодых коллег не зашла далеко. Вывод простой – все члены хирургической бригады должны четко и ясно представлять себе ситуацию, быть полностью проинформированными о возможных решениях проблемы, несмотря на их роль в составе бригады. К сложным вмешательствам, необходимо тщательно готовиться. Детская игра в «испорченный телефон» может дорого стоить и для пациента, и для хирургов ассистенты – не случайные помощники, а полноправные участники операции, люди «в теме». К операции они должны подготовиться, как к экзамену.

Хирурги говорят и пишут:

В эпоху интернета, люди, доверившись этому несомненно великому достижению цивилизации, совершенно разучились пользоваться другим, более важным – словом. Современные поколения начинают забывать, что такое книга – как она пахнет, как шелестят ее страницы, как звучит музыка слов классической литературы – ее очарование, глубина, четкость, обратность, ясность…К чему приводят современные способы общения между людьми, например в так называемых соц. сетях, можно судить по текстам сообщений – набору слов, выражений, грамматическим ошибкам, слэнгу и т.д. Почти тысячелетия развития цивилизации явно под угрозой.

Умение говорить, излагать четко и ясно свои мысли, убеждать, дискутировать, важно не только для всех людей, особенно это важно для врачей, хирургов – в частности. Ведь врачи общаются не только между собой, но и с пациентами и их родственниками, а в этом случаи каждое сказанное слово приобретает особое значение. Уроки красноречия некоторым из коллег не помешали бы.

Но это проблема не нова, и была актуальной во все времена для всех поколений.

У многих абдоминальных хирургов на полках, на рабочем столе находятся книги С.С. Юдина – великого хирурга, ученого, писателя, обладавшего высочайшей культурой изложения мыслей, идей,

научного материала. Язык его произведений – образец для подражания. Но… обратимся к самому С.С. Юдину: « …лично я не обладаю даром особого красноречия, несмотря на то, что пора бы вырабатывать это качество…, гладкая или литературно безупречная речь у меня не выработалась…когда мне присылают для правки стенограммы моих лекций и докладов для правки, перед тем как отдать их в печать…я сажусь за машинку и весь доклад или лекцию пишу заново, нередко я их уничтожаю и отказываюсь от издания..». Так относился к своему устному творчеству великий Мастер, не допускавший «брака» ни в чем.

А как относимся к своей речи мы – современное поколение? Один из авторов книги в течение месяца делал записи высказываний хирургов на утренних конференциях. Думаю, что они внесут свою лепту в восприятие всего того, что написано в этой книге, подняв читателям настроение…

Процитируем и некоторые записи в историях болезни. «Слово – не воробей, вылетит – не поймаешь!». Из них рождаются фразы, которые расходятся на цитаты, которые становятся крылатыми. Это тоже творчество, вспомним известного французского писателя Ф.Бегбедера: «Я люблю употреблять фразы. Ни одна цитата не дает столько власти над словом, как это»

Итак – говорят хирурги..

- У больной дважды был стул, с примесью кала…
- Больную решено взять в операционную, потому что больную взяли…
- Был поставлен диагноз «острый панкреатит» в связи с тем, что подобные жалобы были и на гражданке..
- Больная кровит из всех дыр, а вы мне про электролиты голову морочите…
- Больной взят на операцию с такими планами
- Больные под наблюдением, что оставались …
- Температура повышалась от субфебрильной до фебрильной, одним словом –колебалась…
- Наблюдается высокая гиперпротеинемия…
- Обращает на себя внимание рана на передней брюшной стенке...да, много чего обращает на себя внимание…
- … очень трудно курировать тех больных у которых это самое…
- …мы рассмотрели все хирургические случаи этого самого…
- …дежурная бригада на сегодня знает. Кто все же заступил на смену?...

- …какие там факторы выясняются?...
- …хирурги на ровном месте умудрились создать Бог знает что…
- ...когда собираемся или что-то делать будем?...
- …постректальное это дело вас не украшает…

На обходе:

- …ну что, дедуля – пропердел ся?... нет?... жаль, разве в себе такое держат?...
- …так, голубушка, сколько надиурезила? Что значит – не понимаю… книги читать надо..
- …в какой области болит, бабушка?... В Винницкой, сынок, в Винницкой

Хирурги пишут:

1. Дневник: «…четвертые сутки после операции холецистэктомии: состояние удовлетворительное … разрешено питание через рот… родственники принесли домашний винегрет… в его составе: картофель отварной, морковь отварная, лук репчатый, лук зеленый, горошок зеленый, свекла отварная, зелень – петрушка, укроп, масло оливковое… в составе винегрета запрещенных продуктов нет, на вкус – приятный… вывод – есть можно… я пробовал…

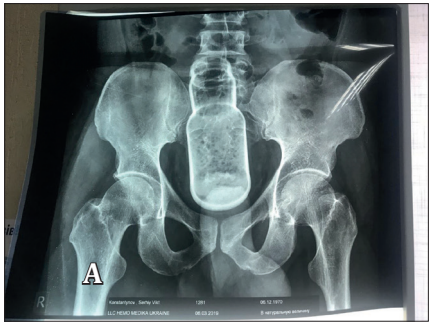
2. Дневник: «состояние пациента вызывает тревогу… беспокоит его негативное отношение ко всем просьбам врача: говоришь ему – помолчите, он начинает болтать, просишь прилечь – он встает, просишь встать – он ложится…. Принято решение наблюдать больного молча…»

3. Из протокола ректороманоскопии: «…в просвете сигмовидной кишки виден хвост аскариды, медленно уползающей в проксимальном направлении…»

4. Из протокола операции: «…выполнена операция по поводу правосторонней бедренной грыжи по Руджи-Перловичу…»

И уж совсем необычное…

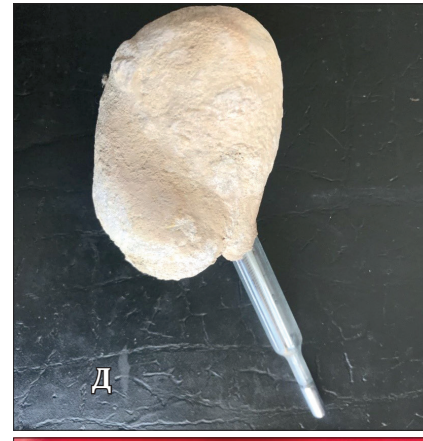
К сожалению, инородные тела, попавшие в толстую кишку через прямую, все чаще и чаще приходится извлекать наружу в хирургических стационарах. Свершившаяся «мировая сексуальная революция» открыла дорогу самой изощренной фантазии – в ход пошли различные предметы – от стеклотары до термометров. Чаще их удается извлечь естественным путем, но приходится и оперировать. На рисунках представлены «орудия труда» из коллекции авторов.











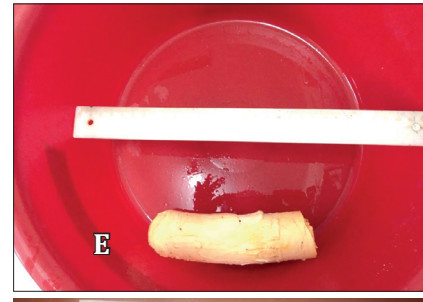




Рис. 240. **Без комментариев.**

Заключение

В книге мы попытались обратить внимание коллег на заболевания и ситуации с которыми могут встретиться абдоминальные хирурги. Одни из них распознаются и подвергаются хирургическому лечению достаточно легко и без особых осложнений, другие требуют специальных знаний и подготовки, способности быстро оценивать ситуацию и принимать, а затем реализовывать, адекватные решения. Конечно, перечень описанного далеко не полон, его можно значительно расширить. Но «нельзя объять необъятное». Важен подход к разрешению необычных ситуаций – вспомнить прочитанное или услышанное, или увиденное когда-то, вовремя обдумать и действовать. Надеемся, что книга окажется полезной как для опытных, так и начинающих абдоминальных хирургов.

Далее мы предлагаем читателям еще один раздел, посвященный проблеме, достойной в наше время быть размещенной в кунсткамере – хирургической деонтологии. Он подготовлен сотрудниками кафедры военной хирургии Украинской военно-медицинской академии в помощь ее слушателям – будущим хирургам.

ДЕОНТОЛОГІЯ В ХІРУРГІЇ

В.Я. Білий, Я.Л. Заруцький,
О.Ф. Савицький, А.Є. Ткаченко

Введення

2020 рік. Набирає оберти XXI століття. Буддизму декілька тисяч років, християнській релігії – дві тисячі років, ненабагато менше – ісламу. Чому ми згадали ці основні релігії? Яке це має відношення до медицини, хірургії? Дуже просто – всі вони головним завданням вважають роботу з людиною, в перетворенні її з представника тваринного світу в істоту, в яку, при створенні, Господь вдихнув свій Дух і… відпустив на Землю, в природу. На превеликий жаль невдовзі з'ясувалось, що Дух Божий дуже швидко вивітрився, справа дійшла до «межі неповернення», Творець прийняв суворе рішення – він очистив Землю від пороку (тобто – від людей), наславши Потоп. Все гріховне загинуло. Допомогло – але не подіяло. Господь тричі звертався до людей – через Мойсея, свого сина – Христа, через Магомета. Четвертого звернення не буде, терпіння його не безмежне. Прийшло XXI століття. Що нині відбувається з «цивілізованим світом» – видно всім. Частиною цього світу є наша медична спільнота, призначення якої – допомагати людям в біді, в самі тяжкі для них і близьких моменти життя, допомагати своїм відношенням, любов'ю, словом, знаннями, вміннями, всім тим, що є суттю нашої професії, яка так відрізняється від всього того, що відбувається в суспільстві. А ми – його частина, «жити в суспільстві і бути від нього вільним не можна». Прийняти нові правила життя? Відносини між людьми в суспільстві змінилися. Там йде боротьба рівних, а до нас приходять слабкі, немічні, приходять по допомогу. Це зовсім інша справа.

Найкращі з наших попередників, великі гуманісти минулого розробили і виконували певні правила взаємовідносин між нами – медичними працівниками, між нами і хворими. Ці правила завжди відрізнялися від загальної атмосфери в суспільстві, відрізнялись людяністю, порядністю, готовністю до самопожертви, були наповнені співчуттям і любов'ю до тих, хто потребував допомоги. Протримались вони не довго – під впливом нових соціальних відносин відбувається їх поступова руйнація, знищення, заміна відносинами

«дикого» ринку, де для слабких немає місця, де вся мораль вмістилася в одному слові – «гроші».

Як бути в цій ситуації? Як її врятувати? Де вихід?

Цей посібник присвячений питанням медичної деонтології, з якими молоде покоління медиків практично не знайоме. Можливо він допоможе якимось чином покращити ситуацію, що склалася.

Основні поняття

Основні правила взаємовідносин у суспільстві в цілому, в спільнотах окремих професій повинні мати чіткі **визначення**, які, в свою чергу, повинні бути наповнені відповідним **сенсом**, згруповані в правила, які бажано виконувати всім. Чому лише **бажано**? Тому що правила не виводяться в ранг Закону, порушення якого суворо карається державою, це домовленість між людьми, вони виконуються **добровільно**, на основі внутрішніх переконань, виховання, а не примусу. Ця сфера духовна, а не правова, юридична. В ній сформувалися певні поняття, відношення, з якими треба бути знайомими, які треба розуміти.

Моральність – правила, які визначають поведінку, духовні та душевні якості, необхідні людині для життя у суспільстві.

Мораль – сукупність норм і принципів поведінки людей по відношенню один до одного.

Етика – вчення про мораль, як однієї з форм свідомості суспільства, її сутності, про закони її історичного розвитку і ролі у суспільному житті; це система норм моральної поведінки людини.

Деонтологія (від грецької deon – належне, logos – вчення) – сукупність етичних норм виконання медичними працівниками своїх професійних обов'язків.

Вочевидь, що всі ці терміни за своєю суттю дуже схожі, це практично синоніми. Одні з них більш загальні, інші – більш конкретні. Але всі вони повинні регулювати відносини між людьми в суспільстві, в окремих професіях на добровільній основі. Дисципліна їх виконання залежить виключно від конкретної людини, рівня її виховання і свідомості. Як цього досягти в різних країнах, серед різних народів, з різною історією розвитку, різними традиціями, менталітетом? Як досягти цієї мети, виконати завдання по формуванню людини, здатної жити в суспільстві, де створені всі умови для комфортного існування, взаєморозуміння, співпраці?

На всіх етапах розвитку людства це завдання виконувала релігія – історично сформована форма суспільної свідомості, заснованої на

вірі в реальність надзвичайного, яка включає релігійну свідомість, релігійний культ, релігійні організації. Релігія має наддержавний, наднаціональний характер, вона духовно об'єднує людей різних рас, культур, рівнів суспільного розвитку. В край різноманітному світі сформувалось всього декілька головних релігій, «світових» релігій. До них відносяться іудаїзм, християнство, іслам. В цих ученнях є суттєві відмінності, але те, що стосується «морального кодексу» людини абсолютно схоже, крім незначних нюансів. Дуже важливо відзначити, що виконання релігійних канонів мало не тільки добровільний, але і суворий, примусовий характер. За порушення деяких з них передбачалося суворе покарання – від вигнання і відлучення до смертної кари.

Ще одна важлива деталь – всі релігії світу стверджують, що всі настанови, які стосуються поведінки людей в суспільстві отримані безпосередньо від Творця, від Бога – Яхве, Бога – отця, Аллаха.

Найдревніші з них – Закони Мойсея. Наводимо деякі з них:

– поважай батька свого і матір свою…

– не вдавайся до блуду…

– не кради…

– не давай неправедних свідчень проти ближнього свого…

– не бажай нічого, що належить ближньому твоєму…

– не іди за більшістю на зло…

– дарів не приймай, бо дари роблять зрячого сліпим…

У другому зверненні, переданому Господом через сина свого Ісуса Христа, читаємо таке:

– любіть ворогів ваших, будьте доброзичливими до тих, хто ненавидить вас…

– давай тому, хто просить в тебе, давай – і від того буде тобі нагорода…

– і як хочете, щоб з вами робили люди, так і ви робіть для них…

– будьте милосердні…

– не осуджуйте, та неосудженими будете, пробачайте і вас пробачать…

У третьому зверненні, отриманому людством через пророка Магомета, ми знайшли головну ідею, яка не розділяє, а об'єднує всі світові релігії: «… якщо іудей дотримується законів Аллаха, переданих через Мусу (Мойсея); … якщо назарянин дотримується законів Аллаха, переданих через Ісу – сина Міріам (Ісуса Христа); … якщо правовірний дотримується законів Аллаха, переданих через Пророка – **всі вони однаково любі Аллахові**… **творіть добро щиро, безкорисливо – і ви отримаєте від нього свою винагороду**…

Здавалося – всі питання, пов'язані з відношеннями між людьми, між людьми, суспільством і державою повинні бути вирішені. В основі – бажання безкорисно **творити добро**. Але це тільки здається, склалося інакше. Розвиток суспільства віл феодальних відносин до постіндустріальних абсолютно змінив пріоритети. Загальнолюдські інтереси поступилися інтересам бізнесу, отриманню максимальних прибутків, владі над народами і світом. Змінилась мораль, добро стало рекламним епітетом, головне – нажива. Пройшов страх перед Богом, все стало можливим для досягнення головної мети. Правда, інколи і сьогодні періодично згадують наведені цитати із суперкниг трьох світових релігій. На душі у декого неспокійно, відчувають, що прийдеться відповідати і … діють відповідно до свого життєвого кредо: пожертви, урочисті молебні в храмах, фарисейські сльози та промови… і за старе. Так, до речі, думали і учні Христа до озаріння, до Апостольства. Згадайте випадок на сходах Єрусалимського храму. Повз них пройшов митар (той, хто збирає податки) і кинув у скарбницю пригоршню золотих монет. Після нього в Храм прийшла заплакана бідна вдова у скорботі і опустила декілька самих дрібних мідних монет. Христос спитав: «Хто більше з цих двох любить Господа?» Колишні рибалки і каменярі дружно відповіли: «Звичайно митар, він пожертвував стільки золота…». Але Вчитель відповів: «Ви помиляєтесь. У вдови помирає хворий син, вона прийшла до Храму за спасінням і віддала Богові останнє, а митар – малу частину награбованого, вирішив «відкупитись». Зрозуміло?» Сучасним митарям необхідно пам'ятати сказане Христом: «Легше двогорбому верблюду протиснуться у вушко голки, ніж багатому потрапити до раю».

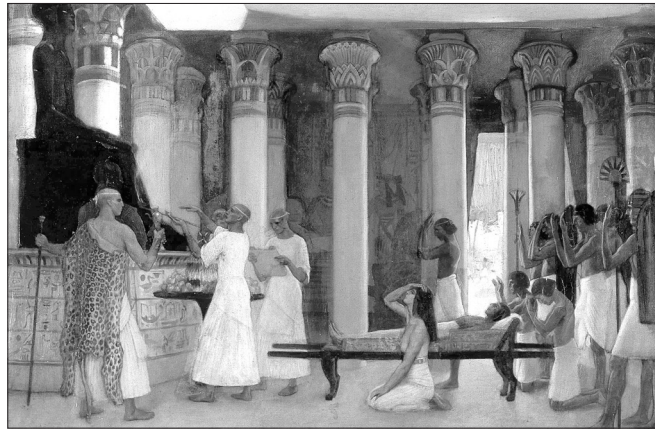
Такі сьогодні реалії в моральному стані суспільства. Ми сподіваємось, що воно повернеться до божественних істин і виправить ситуацію. Скільки на це піде часу – невідомо, вважаємо, що немало. Психологи знають, для того, щоб перетворити людину на тварину, достатньо декількох днів, для зворотного процесу – десятиріччя. В цій ситуації більшість населення, практично всі – і грішники, і праведники, і багаті, і бідні, і.., і…, і… одностайно вимагають від невеликої частини суспільства безумовного виконання всіх божих заповідей, бескорисно служити людям не жаліючи ні сил, ні здоров'я… Про кого іде мова? Звісно про медичних працівників всіх рівнів. При цьому згадують і про Суперкниги, і про великих лікарів минулого, і про клятву Гіппократа – про все, що «виправдовує» таку позицію суспільства. Не згадують тільки про самих медиків, про необхідність забезпечити їм рівень життя адекватний вимогам. Наявний кон-

флікт інтересів. Виходу нам не запропонував ніхто. А яким чином вирішувались ці питання раніше? Розглянемо в наступному розділі.

Медицина і суспільство. Історія питання.

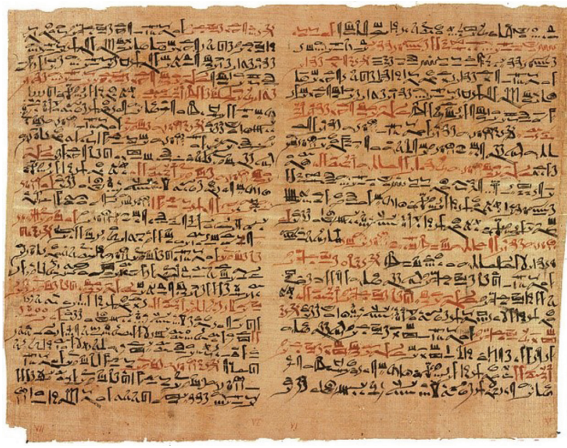
Здавалося б – які можуть бути проблеми між людьми (хворими), які потрапили в складне становище, коли існує реальна загроза для їх життя і тими, хто цю проблему вирішує – лікарями та іншими медичними спеціалістами. З точки зору формальної логіки врятовані повинні відчувати до рятівників вдячність. А сталось як не гадалось. Вся історія людства свідчить про те, що ці відносини були складними, суперечливими, неоднозначними. Історія виділяє декілька важливих періодів розвитку людства – цивілізацій, які суттєво відрізняються одна від одної рівнем розвитку знань, науки, уявлень про світ, економічних відносин, релігійних уподобань та інше, і, звичайно, рівнем розвитку медицини і відношенням до неї в суспільстві. Саме на останньому ми детально зупинимось.

Почнемо з Давнього Єгипту – великої цивілізації, як кажуть – спадкоємиці загиблої Атлантиди, де правили боги (фараони) і жерці, де були розвинуті науки і мистецтво, де на високому рівні була і медицина. Про це свідчать тексти так званих медичних папірусів, зміст яких вражає і сьогодні. В Давньому Єгипті щоб стати лікарем необхідно було отримати спеціальну освіту. Були створені спеціальні учбові заклади – «Дома життя».



Ернест Борд – Поклик до Імхотепа, бога медицини

В них викладали не тільки медицину. Серед дисциплін були математика, астрономія, астрологія, архітектура та інші. Лікарі після закінчення навчання ставали освіченими людьми, за рівнем знань вони суттєво відрізнялися від звичайних громадян, наближались до жерців. Мабуть тому і працювали поруч – в храмах, куди хворі і нужденні звертались за допомогою, сплачуючи її вартість жрецям, які, у свою чергу, не тільки утримували лікарів, забезпечували їм високий рівень життя, але і захищали в разі необхідності. Був налагоджений і ретельний контроль за діяльністю лікарів – їх оцінювали за «стандартами», викладеними у «Священній книзі». Якщо все виконувалось із суворим дотриманням правил і норм – лікарю нічого не загрожувало, якщо було виявлене порушення – покарання було суворим і невідворотним.



Папірус Едвіна Сміта

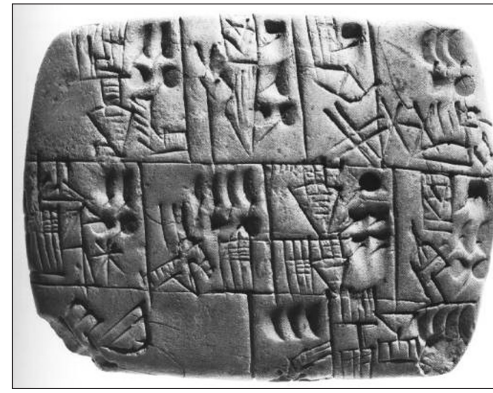
Таким чином, в Давньому Єгипті лікарі мали гарну освіту, надійний захист з боку жерців і храмів, забезпечене життя і повагу, але їх діяльність жорстко контролювалась, і при необхідності лікарі отримували покарання.

Ще одна давня цивілізація – Вавілон. Ми маємо надійне джерело інформації про розвиток медицини в цій державі – численні глиняні таблички Хамурапі. Лікарі отримували спеціальну освіту. Їх діяльність відповідала діючим «Стандартам». У випадку успішного лікування лікар отримував до 80 грамів чистого срібла – на той час сума величезна. У випадку невдачі закони Хамурапі були на стороні постраждалого або його родичів. Проводили об'єктивне розслідування (дотримання правилам «Стандартів»). Якщо лікар схибив – його карали. Це або виплата великої неустойки, або, навіть, смертна кара. Якщо все відповідало вимогам – виправдовували. Незважаючи на суворість законів Хамурапі, завжди знаходились в достатній кількості люди, які отримували професію лікаря і прак-

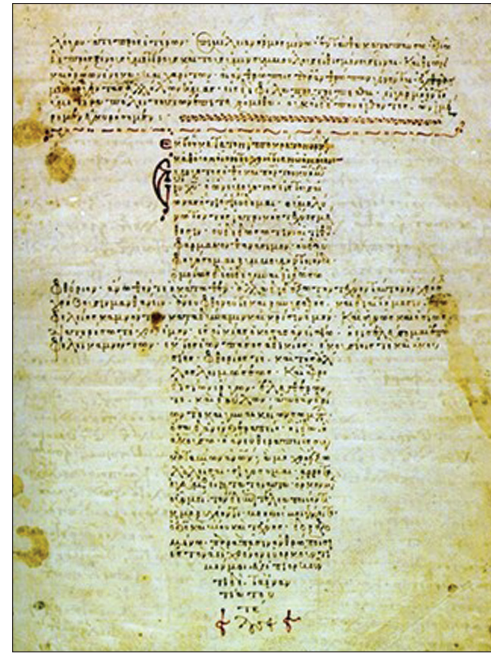
тикували. Ризикували. Заради чого? Відповідь зрозуміла – можливість отримати 80 грамів срібла за хворого – вагомий аргумент для ризику. При дотриманні вимог «Стандартів» він був мінімальний.

Дещо інакша ситуація склалась в Давній Греції – Елладі – батьківщині деонтології. В цьому плані ми насамперед повинні згадати Гіппократа. Він не тільки автор класичних наукових праць по медицині і хірургії, багато уваги їм було приділено лікарській етиці і моралі. Саме завдяки Гіппократу на протязі вже майже 25 століть найвидатніші лікарі в своїх трудах публікують не тільки суто медичні відомості, але й дають професійні вказівки про норми медичної (лікарської) поведінки і тактики по відношенню до хворих і їх близьких, вважаючи їх головною запорукою успіху. Але повернемося до Гіппократа, родоначальника лікарської етики.

Він вважав, що справжньому лікарю властиві такі якості, як працелюбність, старанність, постійна робота над удосконаленням свого професійного рівня, серйозність, чуйність, при-



Одна з глиняних табличок, що знайдена в Месопотамії, з відбитком печітки шумерського лікаря XXIV ст. до н.е.



Текст клятви Гіппократа. Візантійський манускрипт XII ст.

язність, вміння зберігати лікарську таємницю та інше. Гіппократу приписують текст лікарської клятви, яка містить обов'язки молодого лікаря перед вчителем і його нащадками, яка забороняє передавати медичні знання людям, які не мають відношення до медичної спільноти, а також дії, які можуть спричинити шкоду хворому і його оточенню. «Клятва», «Закони», «Про лікаря», «Про благопристойну поведінку» – роботи Гіппократа, які лягли в основу майбутніх етичних кодексів лікарів.

Відомі афоризми Гіппократа:

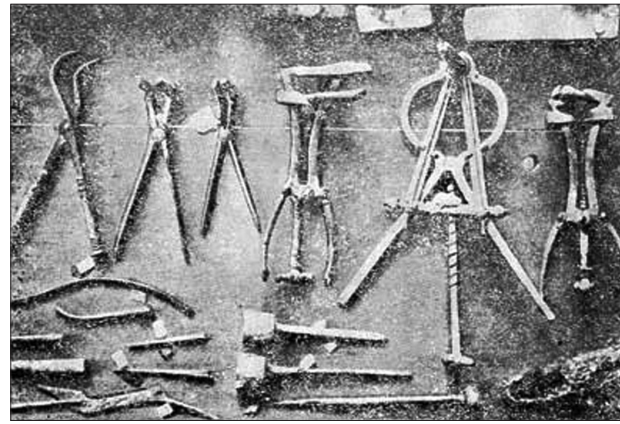
- ***Лікар повинен приносити користь, а не шкоду***
- ***Все, що робить лікар, нехай він робить правильно і красиво***
- ***Лікар повинен виконувати свою справу тихо і з користю***
- ***Лікар, який живе заможно, може інколи лікувати даром. Вдячність людей теж нагорода, яка вище користі***
- ***Не тільки сам лікар повинен робити все, що від нього залежить, але він також повинен направити на користь хворого його самого, його родичів і все його оточення***
- ***Лікування хвороби вимагає не тільки ліків та мистецтва лікаря, але також піклування та чуйності по відношенню до хворого***
- ***Коли декілька лікарів оглядають хворого, то їм не варто оголошувати свою думку про перебіг хвороби при ньому, а тим більше сваритися, заперечувати думку один одного і висміювати своїх колег***

Щодо самої Греції. По-перше в основу її медицини була покладена демократична традиція. Медицину відокремили від релігії, жреців, храмів, вона стала світською, лікарі стали вільнопрактикуючими, мали право створювати об'єднання, центри. Обов'язковою була медична освіта, навчання проводилось у великих лікарнях під керівництвом досвідчених фахівців. Професія стала сімейною – знання і досвід передавались із покоління в покоління. Робота лікаря

високо оплачувалась, це були дуже заможні люди. В суспільстві їх поважали, шанували, нагороджували золотими вінками, деяких вважали навіть богами – Ескулап. Дуже важливу роль відігравали лікарі під час війни, їх високо цінували. Згадуємо «Іліаду» Гомера:

Стоит многих людей один врачеватель искусный
Вырежет он и стрелу, и рану присыплет лекарством

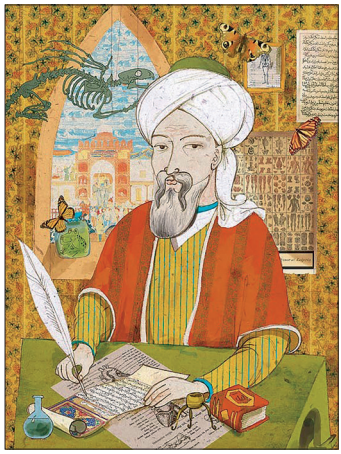
Медицина Давнього Риму практично була створена греками. На той час Греція була завойована римлянами. Треба відзначити, що "окупанти" цікавились не тільки матеріальними цінностями. Вони надбали дещо не менш важливе – музику, театр, поезію, образотворче мистецтво і … медицину. Велика кількість греків-лікарів переїхали в Рим, отримали волю і громадянство, зрівнявшись в правах з римлянами. Були створені лікарні, медичні школи при них. На посади лікарів фахівці призначались за конкурсом.



Хірургічний інструментарій, знайдений при розкопках Помпеї.

Вони мали право і на приватну практику – це значно покращувало їх матеріальне становище. Лікарі отримували і суттєві пільги – вони не платили податки, ні вони, ні їх сини не призивались до армії. Але треба відмітити, що лікарі пильно контролювались. Саме в Римі вперше було введено поняття «лікарської помилки». За невдачі треба було відповідати, закон був суворий, але справедливий. Він чітко розділяв об'єктивний розвиток хвороби від умисних або необачних шкідливих дій, недосвідченості, ненадання допомоги та інше.

Але все в цьому світі змінюється, нема нічого вічного – під ударами варварів пали античні цивілізації. На Європу на цілі століття спустилась ніч, аж до епохи Відродження. Естафету розвитку науки



Ібн Сіна (980 – 1037).

і медицини підхопив арабській Схід. Повторилась історія Греції та Риму. Східні правителі в якості скарбів перевозять в свої бібліотеки все, що напрацював на той час античний світ – папіруси, свитки, книги. Цим стали користуватися східні лікарі, вони зростали на дуже плодовитому підґрунті. Так сформувався видатний вчений і лікар Ібн Сіна (Авіцена). В якості винагороди за успішне лікування Бухарського Еміра він отримав право постійного користування його величезною бібліотекою. Її скарби не йшли в порівняння з будь-якими матеріальним цінностями. Авіцена отримав знання, накопичені людством від часів Давнього Єгипту.

Він став лідером східної медицини. Всесвітньо відомий «Канон лікарської науки» аж до другої половини XVII сторіччя став основним керівництвом для студентів-медиків всіх провідних університетів Європи. Крім медичних знань «Канон» містить багато рекомендацій з лікарської етики, по формуванню здорових відносин між лікарями і хворими. В їх основі – людяність, взаємна повага, порозуміння. Лікарі на Сході користувались заслуженою повагою як у простого народу, так і у правителів, були забезпечені всім необхідним, але і працювали на совість.

Аналізуючи описані періоди розвитку медицини і суспільства в цілому, дістаєшся висновку про спіралеподібний розвиток будь-яких процесів – низька точка (початок), рух по витку нагору: від страт лікарів, відсічення рук і штрафів до загальної шани, поваги, обожнювання. Потім знову невідворотний спад і знову рух вперед. Так і сталось – в Європу прийшла епоха Середньовіччя, – безроздільне панування католицизму, інквізиції, догм і мракобісся. Природнє падіння після розквіту, апогею у розвитку.

В Середньовіччі у всьому панувала Віра, знання відступали на другий план, наука була визнана єрессю, в тому числі і медична. Вивчення анатомії на трупах було віднесено до смертних гріхів. Хворобу теж відносили до Божої кари за гріхи. Інакомислення жорстко каралось. Логічним буде згадати іспанського лікаря М. Сервета, який описав мале коло кровообігу – інквізиція спалила його на ба-

гатті разом з його книгою. Гонінням підлягали багато геніїв середньовіччя – і К. Руни і В. Гарвей, і багато інших. Цілі століття роботу лікарів оцінювали не люди, не влада, а могутня інквізиція, яка судила і людей і владу.

Але закони «спіралі» нездоланні. На зміну похмурому середньовіччю прийшов капіталізм (Новий час). Почався стрімкий розвиток всього, що пов'язано з перетворенням суспільства: економіка, фінанси, наука, мистецтво… в тому числі і медицина. Все стало на свої місця. З релігійним мракобіссям було покінчено. Були окремі спалахи, але вони вже ні на що не вплинули. В якості прикладу можна навести випадок із спробою судити американського стоматолога У. Мортона за застосування ефіру для знеболення. Судді, звичайно, були церковними. З Біблією в руках Мортон довів свою правду. Виявилось, що перший у світі наркоз дав не він, а Господь, приспавши Адама перед видаленням ребра для створення Єви. Зараз це викликає посмішку, але Мортону було не до сміху.

При капіталізмі відношення лікаря і пацієнта були визнані діловими, різновидом бізнесу. А раз так – всі непорозумілості, всі претензії повинні вирішуватись у суді. За законодавством багатьох країн Заходу лікар розглядається як приватний підприємець. Позивач виступає у ролі обвинувача, лікар – захищається. Залучаються експерти, криміналісти, адвокати, страхові компанії та інші. У випадку невдачі лікар компенсує хворому чи його родичам все, що присудить суд – матеріальні затрати, моральну компенсацію, утримання по інвалідності та інше. Часи мракобісся і церковних судилищ канула в Лету. Це добре. Але наші молоді колеги повинні знати, що в тих же США до 30% всіх випадків стаціонарного лікування оскаржується в судах або страховими компаніями, або пацієнтами, а, скажімо – хірурги, страхуються від помилок, виплачуючи страховим компаніям до 40% заробітку. Спокій коштує дорого.

Неочікуваний сюрприз (в законодавстві) привнесла царська Росія. По єдиному лікарському закону (з 1857 по 1917 роки) лікарі до **кримінальної відповідальності** при скоєнні ними «лікарських помилок» **не притягувались**, навіть у випадку смерті пацієнта. В таких випадках лікарів позбавляли, по сучасному, ліцензії, їх направляли на навчання з підсумковим іспитом для отримання прав на подальшу практику. Рішення про притягнення лікаря до відповідальності приймали або медична рада, або медична управа. В комісії засідали визнані медичні авторитети. Російська імпе-

рія бурхливо розвивалась. За замовленням кайзера Германії кращі економісти Європи склали прогноз на XX сторіччя. Висновок однозначний – домінувати у світі через 20 – 30 років буде Росія: найбільші в світі природні багатства, розвиток промисловості з «0» із використанням самих сучасних технологій, передова наука, сучасна система освіти – від церковно-парафіяльних шкіл, училищ, гімназій до університетів, постійне надходження дешевої робочої сили із села, великий ринок збуту і таке інше. Заперечувати марно. Що робити? Осадити. Як? Дуже просто. У православну, патріархальну країну прийшла абсолютно нова ідеологія – марксизм, який у наступному злився з ленінізмом – власним варіантом цих нових ідей. І почалось. Революція, громадянська війна, руїна. Це торкнулось всіх сфер життя, і медицини також. Треба було рятувати положення. Прийшов сталінізм. Диктатуру царизму (багато в чому вже обмежену), змінила диктатура пролетаріату, а потім однієї політичної сили – КПРС. Згодом все було відновлено, але за яку ціну? Про неї краще не згадувати. Наша книга не про це, ми – про медицину. Створена в Радянському Союзі система отримала назву по імені Народного комісара охорони здоров'я М.О. Семашка.

Цю посаду він обіймав з 1918 по 1930 рік. Всі зміни в охороні здоров'я з 1930 по 1991 роки з ним не пов'язані, але всі її вади приписують йому. Чи це так? Всі критики системи навіть не уявляють, в чому суть запропонованих М.О. Семашко ще в 1911 році пропозицій, одностайно затверджених на Празькій партійній конференції РСДРП в 1912 році. А М.О. Семашко запропонував для майбутньої держави робітників та селян найпрогресивнішу систему **страхової медицини**. Наводимо її основні позиції:

1. Державному страхуванню підлягають всі громадяни країни, які існують на заробітну платню як в містах, так і в селах.

2. Страхові фонди складаються з внесків державного бюджету і підприємців; трудівники від оплати внесків звільняються.

3. Страхування розповсюджується на всі види втрати працездатності: по хворобі, інвалідності, інше, для жінок – по вагітності.

4.Страхувальні виплати повинні дорівнювати заробітній платі, а не її частині.

5. Страхова організація повинна працювати на умовах самоврядування застрахованих.

Після революції і подолання наслідків громадянської війни всю відповідальність за систему охорони здоров'я взяла на себе держа-

ва. Була створена одна з кращих в світі моделей, але… все визначає економіка. Друга світова війна, величезні руйнування і втрати, «холодна» війна, перегони озброєння, фінансування «світових прогресивних сил» перевели охорону здоров'я на залишковий принцип фінансування. Наслідок – поступове її руйнування, втрата всіх завойованих позицій. З розвалом Радянського Союзу загинула і вона. На пострадянському просторі кожна з заново створених держав вирішувала проблему охорони здоров'я по своєму. В Прибалтиці прийшли західні моделі і стандарти; в Білорусії – залишили радянську; в Росії перейшли на комбіновану систему – державний сектор з державним страхуванням, приватний сектор, особисте страхування в приватних компаніях. Тільки Україна продовжує виживати на руїнах старої системи, основними рисами якої залишаються застаріла матеріальна база, вкрай недостатнє фінансування і пов'язане з ним жалюгідне існування державних медичних закладів, мізерна заробітна плата медичного персоналу, величезні ціни на медикаменти, апаратуру і послуги, зубожіння населення, не здатного сплачувати вартість лікування. Все це створює дуже складну ситуацію, в тому числі, у відносинах між медиками, медиками і пацієнтами, медиками і правоохоронними органами, в тій сфері, яка і належить до деонтології. Про це мова піде далі. Але ми вирішили зупинитись ще на одному аспекті, який характеризує відносини між медициною і суспільством – про лікарів і медицину в літературі – важливішому виді мистецтва і культури взагалі, потужному засобі виховання людей і формування суспільної думки. На протязі віків, майже у всіх народів в художній літературі, поезії, лікарі, їх діяльність висвітлюється в кращому випадку з неприхованою іронією, недовірою, навіть з певними нотками знущання. Інколи, наполегливість деяких письменників і поетів викликає подив. В чому причина? Справа в тому, що певна частина наших пацієнтів, незважаючи на всі зусилля, іде з життя, помирає. Більшість з родичів, близьких не може сприйняти цей факт як природній, логічний, пов'язаний з характером захворювання, його перебігом, формою. Їм більш підходить варіант безсилля лікарів, лікарської помилки, несумлінності. Треба якось «віддячити». Саме тому в багатьох сюжетах лікарі стали улюбленими об'єктами для сатири, гумору, глузування. Ще в Давньому Римі видатний політичний діяч, консул Катон в своїх промовах і книгах різко критикував лікарів, які походили з Греції. Дуже різка іронія проглядається по відношенню до медицини у Сервантеса («На-

зидательная новелла»). Шиллер, за професією лікар, в своїх «Розбійниках» висміює лікарів, описуючи консиліум, який зібрався для обговорення лікування бульдога, якому прострелили лапу. Майже знущання над лікарями проступає у Л.М. Толстого – «Полінушка», «Смерть Івана Ілліча», «Крейцерова соната» – чимось вони не догодили літературному генію. А.П. Чехов, лікар, великий письменник і драматург, створив цілу портретну галерею з діючих лікарів і фельдшерів: фельдшер Курятін («Хірургія»), фельдшер Максим Миколайович («Скринька Ротшильда»), лікар-хірург («Дружина»), лікар Сергій Борисович («Три роки»), доктор Старцев («Іонич») та інші. Цей перелік авторів і персонажів можна продовжити. Ці твори прочитали і читають мільйони людей у всьому світі. Поступово в суспільстві формується негативний образ лікаря, медичного працівника взагалі, що не сприяє порозумінню, плідній співпраці, створенню нормальної духовної атмосфери. Конкурувати з медиками можуть тільки служителі церкви – над ними в літературі хто тільки не глузував. Достатньо згадати «Декамерон». Все це виглядає достатньо дивно – і лікарі і священики зустрічають людину на цьому світі, супроводжують все життя – саме до них звертаються люди в моменти негараздів за допомогою, вони супроводжують людину в останній миті життя – і така вдячність. Незрозуміло. Мабуть, така природа homo sapiens.

В такій ситуації нам самим треба починати роботу над майбутнім – сформувати нормальні відносини в наших колективах, навчитися правильно себе поводити з хворими, їх близькими, представниками влади, іншими словами – оволодіти наукою, яка називається **деонтологія**.

Деонтологія в хірургії

Система охорони здоров'я в Україні переживає нелегкі часи. Стара, майже зруйнована: застаріла матеріальна база, жебрацька зарплатня персоналу, мізерне дотування медичних закладів, висока вартість послуг, тіньові «ринкові» відносини … і таке інше з одного боку, вкрай незадоволене населення (крім еліт, які лікуються або закордоном, або в приватних клініках) з іншої. Незадоволеність простих людей штучно направляється на призначених ворогів – медиків. Що робити? Вчитися жити по новому. Ми – хірурги, мова піде про наші проблеми.

8.1. Хірургічні школи. Навчання і оволодіння професією

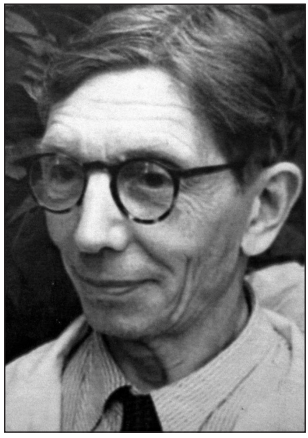
Найкращий спосіб навчитися –
спостерігати, як працює майстер

Хірургія – найскладніший вид діяльності. Хірургу треба володіти багатьма якостями, які в сукупності дозволяють сформувати спеціаліста «екстра-класу». Треба вміти уважно спостерігати, тверезо розмірковувати, успішно діяти в складних ситуаціях, багато знати і вміти. Тільки окремі хірурги наділені всіма перерахованими властивостями від природи, більшість повинна ними оволодівати в процесі важкого і кропіткого навчання. Найкраще місце для цього – хірургічні школи, які очолюють видатні хірурги, які не тільки забезпечують розвиток хірургії як науки і мистецтва, але здатні передати всі свої знання і майстерність учням. Нажаль, таких шкіл небагато, але вони є, і доки вони існують у хірургії є майбутнє. Саме в школах з лікаря **індивідуально** готують хірурга. Підготовка хірурга в школах складається з багатьох дуже важливих компонентів, єдність котрих і формує справжнього фахівця.

По-перше – це знання. Хірург повинен багато часу приділяти вивченню досягнень своїх попередників, вчителів, колег. Найкращий порадник – книга. Їх дуже багато. Але серед них є справжні перли, а є просто «макулатура». Треба вміти розділяти справжнє зерно від плевел. Тут без поради старших молодому хірургу не обійтись. В кожній школі існує перелік літератури для обов'язкового вивчення, його треба опрацьовувати постійно. Книжки треба не тільки прочитати, але й осмислити, зрозуміти основні їх положення, зробити їх своїми переконаннями. Не зрозуміли – обговорити з наставниками, сумнівів залишати не слід. Дуже корисно постійно працювати з періодикою – журналами, збірниками, тезами конференцій і з'їздів. Це дуже важка робота, молодому хірургу важко розібратися в різномаїтті думок, поглядів, стверджень. В традиційних хірургічних школах це роблять централізовано – раз на місяць у складі всього колективу проводять обговорення всіх новин з ретельним їх аналізом і практичними висновками. Це дозволяє уникнути помилок, навчитися робити правильні висновки, приймати і користуватись тільки тим, що дійсно має сенс.

Друге найважливіше джерело, яке формує хірурга – це клінічна робота. Без неї хірургії просто не існує. Тільки в приймально-

му відділенні, палаті, нерев'язувальній, операційній формується справжній хірург. Перший період оволодіння професією необхідно постійно знаходитись поруч з куратором, наставником, спостерігати і повторювати все, що він робить. Треба уважно придивлятись і до інших старших колег, оцінювати і аналізувати їх роботу, при цьому поступово формувати **свій стиль.** Це дуже важливий етап формування фахівця. Стиль формується вкрай повільно, з накопиченням традицій школи, шляхом творчого осмислення досягнень і досвіду старшого покоління. Не слід ігнорувати професійні навички середнього медичного персоналу. Вони навчать лікаря робити повсякденну, рутинну роботу: різноманітним ін'єкціям, введенню зондів, роботі з дренажами та інше. І все ж головне – хірургічна техніка і вміння оперувати, приймати адекватні ситуації рішення, грамотно їх виконувати. Для успішного оволодіння хірургічною технікою хірург повинен поєднувати в собі велику кількість спеціальних якостей. Ось як про це пише видатний хірург С.С. Юдін: «…хирургу нужны четкость и быстрота пальцев скрипача и пианиста, верность глазомера и зоркость охотника, способность различать малейшие нюансы цвета и оттенков, как у лучших художников, чувство формы и гармонии тела, как у лучших скульпторов, тщательность кружевниц и вышивальщиц шелком и бисером, мастерство кройки, присущее опытным закройщикам и модельным башмачникам, а главное – умение шить и завязывать узлы двумя – тремя пальцами вслепую, на большой глубине, то есть проявляя свойства профессиональных фокусников и жонглеров. Ибо очень многие операции на конечностях уподобляются точнейшим столярным работам…, операции на лице, щеках, веках подобны художественным аппликациям или инкрустациям перламутром и драгоценными породами дерева, а глазные операции требуют буквально ювелирной работы. Наконец – необычная сложность брюшной топографии и патологии требуют от абдоминального хирурга не только свойств, знаний и сообразительности архитекторов и инженеров, смелости и решительности полководцев, чувства ответственности юристов и государственных деятелей, высокого технического мастерства



С.С. Юдін (1891–1954).

ориентировки, безупречной техники шитья, кройки и подлинного искусства при разгадке ребусов и китайских головоломок, каковыми являются многие случаи кишечных узлообразований и заворотов».

Як вам таке? Звичайно, не всі хірурги мають такий набір якостей, але прагнути до ідеалу необхідно. Найкращий спосіб – це асистенції на операціях у «метрів», досвідчених хірургів. Переоцінити цей етап підготовки неможливо, особливо, якщо наставник ще і чудовий педагог. Він повинен під час операції супроводжувати коментарями кожен свій рух, тактичне рішення, спосіб його виконання. Так завжди робили вчителі «старої» школи. Вони безкорисно відавали все, що в свій час отримали від своїх попередників, турбуючись про майбутнє своєї школи. Завдання молодого хірурга – ретельно засвоювати все, що йому віддає вчитель.

Ми здатні запам'ятати і засвоїти тільки те, чому навчились самостійно

Латинське прислів'я

Дуже важливо для хірурга володіти методами доопераційного обстеження хворих, а також вміти проводити післяопераційний період. Всі обстеження – рентгенологічні, ендоскопічні та інші – повинні проводитись при обов'язковій присутності хірурга. Його контакт з відповідним фахівцем – це надійний спосіб підвищення кваліфікації обох. Програма інтенсивної терапії в післяопераційному періоді повинна формуватися і здійснюватися теж при участі хірурга і реаніматолога. Результат – такий же.

Дуже важливий момент формування особистості хірурга – участь у науково-дослідницькій роботі. Це і науковий аналіз з узагальненнями і висновками клінічної роботи, експериментальна хірургія, бібліотечно-літературні дослідження, анатомічна, конструкторська діяльність та інше. Все це формує хірурга як особистість, значно розширює його пізнавальні горизонти, додає, нарешті, його роботі певний шарм і досконалість.

Яке відношення все сказане має до головної теми цього розділу – деонтології? Відповідь проста – пряме. Вся хірургія може існувати і розвиватися завдяки правильним, гуманістичним відносинам між тими, хто вже навчає, і тими, хто тільки навчається. Без цього хірургія просто загине, а її потрібно зберегти і вдосконалювати далі.

І тут головне слово за вчителями. Час безжалісний, все минає. Знову звернемося до С.С. Юдіна: «…и годы, возраст хирурга, наложат свою неумолимую печать, углубляя знания, повышая эрудицию, украшая суждения и заключения мысли, но, увы, ослабляя виртуозность корифея. В ровной, выработанной технике не станет временами сверкать блеск артиста, а в спокойствии мастера начнет проглядывать не только усталость и быстрая утомляемость, но и неповоротливость, вызванная возрастной тугоподвижностью в суставах, шее, взглядах и жестах…»

Не вмирай, поки живеш

Гальське прислів'я

Який вихід, як продовжити життя майстра? Він повинен передати все учням – безкорисно, з любов'ю і повагою до них і хірургії. В цьому деонтологічний аспект проблеми.

8.2. Робота з пацієнтом та його родичами

Для багатьох хірургів, особливо старшого покоління, теперішнє життя принесло багато змін. Із традиційних відносин лікаря та пацієнта, вони перетворились у ділові, ринкові, у заключення угоди особливого характеру, де є дві сторони – замовник (хворий) і виконавець (хірург і його команда). Хірург тепер **забов'язаний** усвідомити ту просту істину, що він повинен задовольнити всі запити клієнта, які часто виходять за чисто медичні рамки. Це не ми, а влада намертво вбила у голову нашої людини тезис: «Клієнт завжди правий». Тому хірург завжди повинен бути готовим до будь-яких поворотів ситуації, бути на висоті. До цього себе необхідно готувати, опановувати правила **етикету**. Що це таке? В дослівному перекладі з французької «etiquette» – ярлик, церемоніал. В сучасному розумінні – це сукупність правил поведінки, спілкування людей між собою, регулюючих зовнішні прояви людських взаємовідносин. Будь-який досвідчений хірург знає – ключем до успіху є саме правильне спілкування – з пацієнтом, членами його родини, близькими. Як пише М. Шайн – «симпатія, тепло, співчуття, терплячість, щирість – головні ваші союзники. Зарозумілість, відстороненість, поспішність, панібратство, уникання – ваші смертельні вороги, ваші гріхи…». Все

починається з першої зустрічі з пацієнтом. Потрібно уважно, терпляче, не перебиваючи вислухати хворого з його скаргами, стражданнями. Пам'ятайте – для нього зараз це **саме головне**. Проявіть розуміння і делікатність. Після того, як пацієнт вимовиться, ретельно проаналізуйте отриману інформацію, «відокремте» потрібне, задайте уточнюючі питання. Фізикальне обстеження необхідно провести у повній відповідності з прийнятим порядком і правилами. Інструментальне – згідно з потребами хворого, а не комерційними інтересами клініки та «суміжників». Чітко і грамотно сформулюйте діагноз. Для себе. А після цього подумайте – як і в якому порядку повідомити про нього хворого. Особливо це важливо при онкологічних захворюваннях. Передбачити реакцію пацієнта просто неможливо, «психіка» у кожного різна. Тому спочатку краще обговорити це питання з родичами, з'ясувати можливу реакцію хворого. Іноді вона буває надмірною. Автори були свідками кількох трагічних випадків. В клініці знаходилась пацієнтка з раком головки підшлункової залози, її готували до операції. Їй повідомили, що у неї «індуративний» панкреатит, який потребує оперативного лікування. Напередодні операції увечері хвора проходила повз сестринський пост і побачила на столі, серед інших, свою історію хвороби. Прочитала істинний діагноз, піднялась на третій поверх клініки, відкрила вікно і...

Одному із авторів прийшлось, під час служби в Польщі, прооперувати молодого офіцера, 35 років, з діагнозом – «рак тіла шлунку». Післяопераційний період пройшов без проблем, на 10 добу пацієнт був виписаний і відправлений по місцю служби. На руки йому було видано свідоцтво про хворобу з діагнозом «виразкова хвороба шлунку…». В частину по «секретці» було направлене істинне свідоцтво. Через три дні, вночі, в квартирі хірурга, що оперував хворого, пролунав телефонний дзвоник. Телефонував пацієнт. Ось його слова: «…у мене в одній руці телефонна трубка, а в іншій – пістолет. Я знаю свій діагноз, за все дякую і … прощавайте…» Протягом години довелось вести з ним переговори, пояснювати ситуацію, вмовляти не наносити душевну травму жінці, двом дітям, батькам… Спрацювало. Офіцер не був звільнений. Командування перевело його під Мінськ на аналогічну посаду, надало поза чергою житло, він прожив ще два роки та встиг закінчити всі свої справи. Як він дізнався про діагноз? Секретниця принесла йому отриманий із госпіталя пакет. Там було написано… – командиру військової частини…, а командиром батальйону зв'язку був саме прооперований офіцер. Істинно – шляхи Господні незбагненні.

Тому, повідомляючи хворому діагноз, особливо онкологічний, ретельно контролюйте ситуацію, слідкуйте за тим **що і як ви говорите**, зважуйте кожне слово, думайте про можливі наслідки, пропонуючи операцію – випромінюйте впевненість, в доступних немедику словах опишіть її характер, обсяг, труднощі, можливі ускладнення, перспективи. Точно так же, але більш відверто, проведіть бесіду з родичами, вони повинні бути вашими спільниками. Не забувайте і про «суміжних» спеціалістів, які будуть приймати участь в передопераційному обстеженні та підготовці хворого. Вони повинні не тільки знати діагноз, але і бути повідомлені про ступінь поінформованості хворого та його родичів. Це ж стосується і медичного персоналу вашого відділення. «Різнобій» в інформації, заплутаність і протиріччя в ній тільки дезорієнтує хворого, викличе у нього почуття недовіри до вас, і погіршить ситуацію. Так пише М. Шайн (чисто по американськи): «Система охорони здоров'я і лікувальних закладів так же небезпечна для хворого і вас, як поля битв; ваша робота в тому, щоб захистити пацієнта від системи, якщо ви так робите, ви захищаєте і свою «дупу».

Особливо уважно необхідно діяти у невідкладних ситуаціях, коли існує безпосередня загроза життю хворого (перитоніт, кровотеча, гостра кишкова непрохідність і т.д.). Тут вам потрібно проявити талант дипломата, вміти переконувати і хворого, і родичів. Але і не забувайте, якщо ви цю частину роботи успішно виконаєте – не зіпсуйте все, не тягніть з операцією, не втрачайте темпу. Необґрунтовані зволікання можуть спантеличити і хворого і його родичів, вам прийдеться все починати спочатку.

Серйозним випробуванням для нашого хворого є лікарняна палата. Спілкування із сусідами по палаті ми контролювати ефективно не можем. Але ми повинні контролювати хоча б спілкування пацієнта з іншим медичним персоналом, окрім лікуючого лікаря, – інші лікарі, сестри, санітарки. Особливо уважним необхідно бути під час **обходів**, коли лікуючий лікар вголос доповідає про свого пацієнта, його чують не тільки медики, але і сусіди по палаті. Що необхідно говорити в кожному конкретному випадку передбачити, звичайно, не можна, це залежить від рівня розвитку хірурга, але **відповідні** ситуації слова потрібно знаходити. Такі слова як «рак», «саркома», «метастази», «неоперабельно» та інші повинні бути виключені. Треба чітко собі уявляти, що ви доповідаєте не цікавий «випадок», а говорите про хвору людину, йому необхідно будь-яким

шляхом надати полегшення, але не страждання. Уявіть собі, що це ваша близька людина, родич.

Але не тільки лікарі під час обходів можуть нанести тяжку травму психіці хворих, часто в цьому винні медичні сестри і санітарки, що опікуються пацієнтами. Вони повинні контролювати розмови між собою (не ділитися враженнями про тільки що побачені «страхіття» в операційній, перев'язувальній), не обговорювати вголос дії лікарів, не відповідати на питання хворого з приводу його діагнозу, перспектив, операції та іншого. Відповідь повинна бути одна: «звертайтесь до лікуючого лікаря, я не компетентна…»

Із місця пригнічуючих психіку переживань палата повинна перетворитися в місце отримання позитивних емоцій. Особливо цінним є «позачергове» відвідування лікуючого лікаря, із буденними людськими розмовами. Хворий не повинен відчувати самотність. Особливо важливі візити хірурга як перед операцією, так і після неї. До операції – перевірити приготування до неї (гоління, спорожнення сечового міхура, зонд, очисна клізма), підбадьорити хворого, ще раз вселити впевненість у благополучному результаті. Після операції – повідомити хворого про її результати, зміцнити надію, показати, що і після операції він в центрі уваги хірурга.

Ще одне місце можливого негативного впливу на психіку хворого – **операційна**. Робота в ній повинна бути організована – «як годинник». Існує два фактори негативного впливу на пацієнта – **очікування і розмови персоналу**. В минулі часи в операційних, особливо тих, які працювали у напруженому режимі, призначали чергових по оперблоку. Вони були наче диригенти, розпорядники. Спостерігаючи за ходом операції, своєчасно давали команду на премедикацію, подачу наступного хворого та інше. Абсолютно недопустимим є тримання пацієнта на каталці в передопераційній, ще гірше – в самій операційній на столі протягом десятків хвилин, а іноді і годин. Уявіть себе на його місці, особливо, якщо на сусідньому столі іде операція, та ще і з ускладненнями: знервованість, гучні оклики хірургів, бігання персоналу. Це – неприйнятно. Не кращим є і безтурботні балачки персоналу в присутності пацієнта, який очікує наркоз – про що завгодно: про особисте, про проблеми, тільки не про справу. Він починає думати, що він тут не головна проблема, що з ним буде далі? **Думайте, співчувайте, не проявляйте і не демонструйте байдужість до долі людини**.

Те ж стосується і роботи у перев'язувальній. Раніше перев'язка була лікарською процедурою. Зараз часто їх виконують медичні се-

стри. В професійному плані до них претензій може і не бути. Але їх треба виховувати, вчити їх стриманості, емоційно не реагувати на інфільтрацію і почервоніння в ділянці рани, виявлення між швами гною чи крові. Емоційні коментарі щодо побаченого можуть приводити до неприємностей.

Дуже важливий період відносин між хірургом і пацієнтом – післяопераційний. Необхідно пам'ятати, що у першу добу, особливо після складних втручань, хворі **безпомічні**, вони дуже потребують **підтримки**, вони дуже тяжко переживають **неуважність**, **байдуже** відношення з боку оператора. Навідуйтесь до своїх пацієнтів декілька разів протягом робочого дня, крокуючи по коридору – не «проходьте повз», зайдіть, спитайте про самопочуття, підрахуйте частоту пульсу, огляньте пов'язку, проконтролюйте роботу дренажів. Вам це нічого не коштує, а хворому надає сил та зміцнює надію на сприятливий результат. Після операцій на органах живота самі запропонуйте перший ковток води, проконтролюйте відходження газів і стілець. Оцінюйте самі кожний патологічний симптом – підвищення температури, тахікардію, сухість у роті, здуття живота, наявність патологічного вмісту по дренажам. Тільки ви знаєте про всі нюанси операції, тільки ви знаєте – де слабка ланка, як вона може себе проявити. Це дуже важливий період ведення пацієнта, вашого з ним спілкування.

Навчіться долати психологічні перепони, знаходьте у собі мужність визнати ускладнення, не доводьте справу до інкурабельної ситуації. Кращій вихід – запросити більш досвідченого колегу, у нього «око не замилене», він скаже вам правду. Ваш девіз: «Semper fatigo et suspicantur» – завжди будь стурбованим і пильним (латинське прислів'я).

> ***Звертайтесь за консультацією, навіть якщо не впевнені, чи вона допоможе; ніколи не будьте волком одинаком***
>
> **D. Moore**

Інакше:

> ***Остання людина, яка бачить необхідність повторної операції – це людина, яка виконала операцію***
>
> **M. Ravitch**

Дуже важливе завдання, яке стоїть перед хірургом в післяопераційному періоді – знеболення. Некупований біль приводить пацієнта у відчай, він вимотує його і фізично, і морально.

> ***«Divinum opus – sedare dolorum» – божественна справа – втомлювати біль».***
>
> **Латинське прислів'я**

Забезпечте хворому спокій, знебольте його, порадьтесь з анестезіологом – зробіть все можливе, дякувати богові, зараз необхідних засобів вистачає.

Звичайно, пацієнта необхідно повністю поінформувати про післяопераційний діагноз, характер виконаної операції, якості та способі життя, що очікує на нього: поведінка, харчування, режим праці та відпочинку, необхідності і періодичності контрольних оглядів і таке інше. Якщо це онкологічний хворий – чітко поінформуйте його про необхідність постановки на облік в онкозакладі за місцем проживання. Інформацію про лікування, що попереду, необхідно адаптувати до рівня розуміння проблеми з боку хворого. Те ж стосується і найближчих родичів.

8.3. Медична документація

В період ринкових відносин між «замовником» – хворим і «виконавцем» – хірургом можуть виникнути різні ситуації, в тому числі і юридичні. Хірург просто забов'язаний вміти грамотно обґрунтовувати свою позицію. Головне у його захисті – медична документація і перед усім – історія хвороби. Нажаль, молоді хірурги, які ще не знають, що таке судовий розгляд, робота з експертами і адвокатами пацієнта, відносяться до цього документу вкрай легковажно. Прикро! Ще не пізно переглянути це положення, ретельно підготуватися до майбутньої страхової медицини. Мало хто у нас знає, що це таке, але час зрозуміти головне – страхування – це вид бізнесу, а у кожного бізнесу тільки одна мета – отримати прибуток, тобто **більше отримати, менше віддати**. Страхові компанії ні за що марно платити не будуть, їх експерти (а вони за це отримають немалі гроші) перелопатять всю вашу роботу в пошуках дефектів, вад, які б дозволили перекласти витрати з їх компаній на хірурга. Це закон бізнесу, раніше його називали «законом джунглів», там пощади слабким не має.

Головне правило експертизи: Не записано – не зроблено! Що не було задокументовано – того не було!

Правила жорсткі, але зрозумілі, очевидний і вихід для хірурга – відноситись до історії хвороби належним чином. Запам'ятайте – детальна, але не надмірна інформація, записана вами в історії хвороби – ваш найкращий захист при вирішенні будь-яких спірних питань. Історія хвороби – не формальний перелік зробленого на тому чи іншому етапі ведення хворого, **це відображення вашої серйозної інтелектуальної діяльності**, яка заснована да детальній оцінці усієї отриманої інформації – скарг, даних огляду, фізикального обстеження, інструментальних і лабораторних досліджень. Все повинно бути обґрунтовано – діагноз, лікувальна тактика, метод і обсяг операційного втручання, рекомендації консультантів (їх заключення лікуючий лікар у своїх щоденниках практично не відображує); детально, по кроку оцінений перебіг післяопераційного періоду. І всюди – судження і висновки. У випадку необхідності експерти страхової компанії, судові медики, адвокати «під мікроскопом» вивчать кожне ваше слово, кожну фразу – така у них робота, таке встановлене перед ними завдання, це їх хліб зрештою. Перевірять записи консиліумів, рекомендації старших хірургів (обходи, огляди), наявність їх підписів. Перевірять і записи середнього медичного персоналу. Ваше завдання – контролювати історію хвороби, не допускати в ній ніяких протиріч. Складно? Да! Але іншого виходу не має.

Особливий розділ історії хвороби – протокол хірургічної операції. Самовпевнені хірурги вважають цю справу «не царською». Пише протокол другий асистент, хірург не глядячи «підмахує», операційна сестра переписує, часто з помилками, до журналу. **Це неправильно**! В протоколі повинні бути детально і ясно описані два моменти – що знайдено і як зроблено. Записи типу – виконана резекція шлунку по Більрот-1, холецистектомія і таке інше нічого не дають ні уму ні серцю, крім того, така історія хвороби абсолютно непридатна для наступних наукових досліджень. Протокол повинен бути детальним, правдивим – двох однакових операцій не буває. Добре протокол супроводжувати малюнком, наші вчителі так і робили.

Детальним повинен бути і виписний епікриз. В окремих ситуаціях доцільно прикласти до нього і копію протоколу операції. Не варто загадувати загадки хірургу іншого лікувального закладу, куди може поступити ваш хворий, це дуже утруднить роботу вашого колеги. Да ви і самі були в такому положенні. Згадайте, що ви подумки говорили вашому недбайливому колезі.

8.4. Родичі

Гарні стосунки не тільки з пацієнтом, але і з його родичами мають велике значення. Якщо з пацієнтом ви у «одній справі», боретесь за позитивний результат разом, то родичі спостерігають за тим, що відбувається з боку, спостерігають дуже уважно, фіксують в пам'яті (і не тільки) все, що відбувається. Вони контактують не тільки з вами, але і з багатьма іншими – лікарями відділення, медичним сестрами, санітарками. Питання, відповіді, фіксація побаченого та почутого. Якщо все іде нормально, із всім цим вони мирно підуть, якщо ні… У спілкуванні з родичами ви повинні проявити всі свої дипломатичні здібності: після спілкування вони повинні в кращому випадку бути вашими спільниками, в гіршому – нейтральними людьми, **але ніколи – ворогами**! Головне – відвертість. Брехня, приховування правди, відведені вбік очі – саме це веде до недовіри, ворожості, судовим позовам – довгим, виснажливим, вартісним процесам. У випадку ускладнень, невдач, врятуй Боже – летального випадку, важко стояти перед жінкою пацієнта, його дітьми. Гарно проведена «передопераційна» підготовка, об'єктивне викладення ситуації, імовірних ризиків – поможуть вам подолати цю кризу. Про помилки, які не вплинули на результат – логічно промовчати, про рокові – треба сказати обов'язково. Якщо це не зробите ви, зроблять інші. Пам'ятайте про це. Успіху вам!

8.5. Правові проблеми

Ми живемо в правовій державі. Це ще не всі усвідомили, але гарне сприймається швидко. І з часом, все більше людей будуть у правовому полі відстоювати свої права. Пацієнти, які постраждали з тих чи інших причин, родичі померлих, під впливом відчуття ображеності, гніву, ненависті до винуватців у їх бідах, можуть і будуть намагатися помститися за страждання і отримати при цьому компенсацію. Для цього вони винаймають адвокатів. До відчуттів клієнтів останні байдужі, а ось до матеріальної компенсації – ні. Це їх робота, з цього вони живуть. І боротися за своє будуть наполегливо і до кінця. Як засвідчує досвід Західних країн, вони виграють близько 30% процесів, але в 100% випадків віднімають у хірургів час, обумовлюють нервові потрясіння, наносять колосальну шкоду репутації. Довести свою правоту хірург може за допомогою офіційних документів, висновків колег-експертів і судових медиків. Слідчий, який веде справу, як правило задає експертам ряд питань, на

які ті дають відповіді, вивчивши всю медичну документацію. Які ж питання задають найчастіше?

1. Характер захворювання, що був у пацієнта.
2. Правильність і повнота обстеження.
3. Правильність призначеного лікування. Відповідність його до існуючих стандартів.
4. Правильність дій медичних працівників.
5. Наслідки неправильної діагностики і лікування.
6. Можливості попередження цих наслідків.
7. Причини розвитку ускладнень, інвалідності, смерті.

Уважно прочитайте перелік питань, вивчіть будь-яку історію хвороби, що лежить на вашому столі, і зробіть висновки. Не всі історії відправляються в архів на довічне зберігання, частина з них може стати предметом ретельного розслідування, яке буде проводитись зовсім не вашими прибічниками. Щоб цьому успішно протидіяти, треба готуватися заздалегідь: при заповненні медичної документації будьте обачні, уважні, розумні. Поки що в нашій країні у хірурга не має великого досвіду такої боротьби, але ті, хто пройшов цей скорботний шлях, запам'ятали його на все життя.

Моше Шайн наводить цікаву таблицю – причини помилкової поведінки хірургів, які стали предметом судових справ у США (табл. 1).

Табл. 1

Помилкові види поведінки, пов'язані з судовими процесами (загальна сума >100%, в кожному випадку було більше одного упущення)

№ з/п	Природа помилкової діяльності	%
1	Неправильне спілкування з пацієнтом чи з родичами	34
2	Помилки в оцінці симптому чи результату дослідження	25
3	Помилки в оцінці післяопераційних проблем	25
4	Помилки в оцінці хірургічної проблеми перед операційним втручанням	19
5	Помилки у виборі відповідного консультанта	14
6	Несвоєчасний огляд пацієнта	13
7	Помилки при спілкуванні з консультантами	10
8	Невідповідність правильній тактиці	10
9	Помилки в оцінці супутніх захворювань до операції	6
10	Помилки при оцінці результатів досліджень	5
11	Інші помилки	14

Це не просто цікава таблиця. Важливі її результати. Сума грошової компенсації на користь постраждалого чи родичів складає від **10000 до 900000 доларів**! Зрозуміло? Готуйтесь!

8.6. Хірург

До цього часу ми писали про взаємовідносини хірургів з хворими, їх родичами, про важливість медичної документації. А що ж самі хірурги? Як організована і діє їх спільнота? Чи можуть вони протидіяти всім «тяготам та незгодам» соціального життя, всім порокам та недолікам сучасної системи охорони здоров'я? Це дуже важливе і цікаве питання. До чого прийшла еволюція хірургічної спільноти? Як і в якому напрямі вона розвивається?

Хто такі хірурги, якими вони повинні бути? Наведемо декілька цитат з хірургічних класиків, які все життя присвятили цій прекрасній професії.

Про С.С. Юдіна: «…Юдін – перш за все хірург-віртуоз…найкращі хірурги світу були вражені легкістю його рухів і простоті, з якою він проводив самі складні втручання…» (К.С. Симонян).

«…Я кожного разу мимоволі відмічав красу рухів його рук… економні рухи відмічались неповторним артистизмом, відпрацьованою точністю маніпуляцій…» (Б. Сибровський).

Парацельс: «… хірургу в першу чергу треба діяти умом, очима, і тільки згодом – руками…»

С.П. Федоров: «… думаю, що темперамент, особливо надлишковий, скоріше шкодить хірургу і хірургії…»

О. Роден: «… рука хірурга є його другим «Я», рукою бога…»

Е.І. Гальперин. Типи хірургів:

А. За залежністю від настрою:

1) залежні;

2) малозалежні.

Б. За манерою оперувати:

1) препаровщіки – анатоми;

2) педанти – скурпульозники;

3) середняки – авоськіни;

4) висмикувачі – анархісти;

5) мислячі хірурги;

6) хірурги «від бога» – швидко, гарно, добре (буквально одиниці).

В. За роллю асистента:

1) хірург робить усе, навіть зав'язує. Асистент тільки забезпечує огляд;

2) асистент активно допомагає, зав'язує.

Г. За лідерством під час операції:

1) хірург – одинак;

2) практично не має лідера під час операції;

3) асистент переймає роботу хірурга.

Д. За внутрішнім пріоритетом:

1) тільки для видужання хворого;

2) в значній мірі для задоволення свого марнославства.

> ***«... ми йдемо на операцію не як у театр, картинну галерею чи концертний зал, не для розваг і насолоди. Ми готуємося до мук, страждань, каліцтва, намагаючись уникнути найгіршого»***
>
> **П. Шоу**

> ***«... слава хірурга подібна до слави актора, яка триває стільки, скільки їх життя і не може бути оцінене після їх смерті... Актори і хірурги – герої на один момент...»***
>
> **Оноре де Бальзак**

> ***«...існує лише чотири форми мотивації, які я зараз, у свій 27-й рік хірургічної практики наводжу: готівка, гроші, гроші готівкою, і все, що може бути конвертовано в гроші готівкою...»***
>
> **Дж. Фішер**

> ***«Хірургія – самий небезпечний вид діяльності у правовому суспільстві»***
>
> **П.О. Ністрем**

Можна ще багато цитувати висловлювання великих людей про медиків і хірургію. Висновок простий: хірургам потрібно багато знати і вміти, їх робота пов'язана з великими ризиками і стражданнями, вона небезпечна, всі хірурги – різні, і за манерою оперувати, і за характером, і по мотивації до цієї роботи. В цій роботі – від за-

гального захвату і шанування до сорому і безвісності – один крок! Не передумали, не помилились з вибором професії?

Існує ще одна характеристика труда хірурга – він **колективний**. В лікуванні хірургічного хворого приймають участь хірурги, анестезіологи, лікарі-консультанти (суміжні спеціалісти), медичні сестри, санітарки та інші. Більшість із перерахованих спеціалістів сконцентровані в хірургічних клініках, відділеннях, кабінетах, де вже склались чіткі ієрархічні сходи, із розподілом прав і обов'язків. В основі успіху – взаєморозуміння і жорстка дисципліна, гра за суворими правилами, альтернатива яким – некерованість і хаос.

Функція координації, керування колективом покладена в більшості великих лікувальних закладів на **провідного хірурга**. Як правило, за фахом це загальний хірург. «Вузькі спеціалісти» – нейрохірурги, урологи, офтальмологи, отоларингологи та інші зрідка залишають «свої володіння» для керування всією хірургічною службою. Якщо вони і залишають «насиджені місця» – то в адміністратори. Це дуже відповідальна посада, і дуже складна і тяжка. Підібрати на неї людину, яка б відповідала всім вимогам, доволі складно. І це очевидно – провідний хірург повинен забезпечити повну злагодженість, гармонічність хірургічної роботи на основі ясного і широкого розуміння всім персоналом своїх обов'язків і взаємовідносин як між собою, так і з пацієнтами.

Перед усім – він повинен користуватися авторитетом у колег. Що це слово означає? Із опитаних молодих хірургів зрозумілої відповіді не дав ніхто – мовляв авторитет це авторитет. Дивно. Пояснюємо – «авторитет» від латинського auctoritas – влада, вплив. Владу провідному хірургу дає посада, а ось загальне визнання і довіра треба заслужити. Для цього, перш за все, необхідно бути висококласним хірургом:

– оперувати свідомо, красиво, легко, швидко, з гарними результатами;

– добре орієнтуватися у загальноклінічних проблемах, які стосуються всіх підпорядкованих йому «вузьких» спеціалістів;

– бути в курсі всіх останніх досягнень медичної науки і практики, активно впроваджувати у роботу окремі інноваційні технології, мислити широко, глобально;

– займатися науковими дослідженнями, стимулювати до них своїх підлеглих;

– вміти визнавати і публічно обговорювати свої помилки, помилки колег, роблячи їх не приводом для переслідування неугодних і адміністративного впливу, а предметом навчання, підвищення кваліфікації;

– провідний хірург повинен вміти відповідати не тільки за свої помилки, але і за помилки своїх підлеглих, не призначати винуватців, а захищати «честь мундиру» як свого, так і дорученого йому колективу.

Провідний хірург повинен володіти і достойними людськими якостями, бути вихованим, висококультурним: грамотно говорити, ні в якому разі не користуватися жаргонними словами та висловлюваннями, не підвищувати голос у розмові з колегами та пацієнтами; бути простим і доступним у спілкуванні, бути при цьому безкорисливим.

Чи можна знайти таку людину, поєднуючу в собі перераховані чесноти? Звичайно, відразу це зробити важко. Але якщо призначена на посаду провідного хірурга людина щиро намагається створити колектив **не штатних співробітників, а соратників**, поєднаних спільним ідеалами, поглядами, цілями, устремліннями – він сам буде прагнути досягти описаного нами ідеалу – формувати себе, генерувати і втілювати ідеї.

Але часто це не вдається зробити, на місце провідного хірурга призначається рішенням «з верху» для них своя, а для колективу – чужа людина, та ще й поганий клініцист. Тоді біда. У такого «спеціаліста» в руках залишається тільки один засіб – адміністративний вплив на підлеглих. «Я цар чи не цар?» І він починає царювати: улюбленці, брехня, заздрощі, зловтіхи, страх та інше. Це вже не колектив – працювати в ньому складно, хворим лікуватися небезпечно. Це ситуація, що породжує конфлікти між співробітниками, між хворими і персоналом. Дуже погано, коли «ображені» починають використовувати пацієнтів і їх родичів у своїх цілях – наузькувати, дезінформувати, підбурювати. Нажаль, цю картину ми спостерігаєм доволі часто.

Буває і третій варіант – на посаду провідного хірурга призначається начебто достойна людина – і оперує прекрасно, і домігся всього своєю працею, але… постійне бажання **прилюдно демонструвати свою перевагу**, використовуючи владу, адміністративну нерівність рано чи пізно приведе його до краху: хірургія – небезпечна спеціальність, пов'язана з постійним ризиком, а привід для зведення рахунків «ображені» знайдуть.

Чому ми так багато часу присвятили провідному хірургу? Тому що він – лідер, тому що саме він створює хірургічний колектив лікарні, формує його стиль роботи, мікроклімат, відношення між співробітниками, між співробітниками і хворими, все, що визначає рівень і якість хірургічної роботи. Він **головний хірургічний деонтолог** лікувального закладу. Він та голова, яка або забезпечує успішне плавання риби, або стане першим вогнищем її гниття та розпаду.

Вочевидь, самому провідному хірургу працювати складно. У нього повинні бути соратники, однодумці, помічники. Це перед усім **начальники (завідувачі) відділень**. Все, що ми писали про провідного хірурга повністю відноситься і до них. Акценти дещо зміщуються. З хірургічної точки зори їх завдання дещо спрощуються – їх завдання концентруються в рамках відділення, є можливість сконцентруватися на більш вузьких проблемах, що, звичайно ж, легше. Проте, з точки зору деонтології, ці завдання значно складніші, відповідальніші. Саме начальник відділення створює виробниче середовище, клімат. Перед усім – це робота з персоналом. А він складається із людей різного рівня освіти, професійних задач, характерів: лікарі, медичні сестри (операційні, перев'язувальні, процедурні, палатні), санітарки. Необхідно не тільки знайти до кожного з них шлях, але і об'єднати їх у єдиний, працездатний колектив. Завдання тяжке. Також – це господарська робота, надання відділенню комфортного, привабливого вигляду: операційні, перев'язувальні, палати для хворих, ординаторські, медичне постачання, харчування хворих та ще багато іншого. Проблем багато. Їх треба вирішувати, тому що недоробки можуть створити серйозні проблеми як в колективі, так і у відношеннях з хворими.

І саме головне для деонтології – відношення між співробітниками, співробітниками, хворими та їх родичами, між хворими в палатах. Саме начальник відділення повинен всі ці відносини тримати на контролі, регулювати, гасити «пожежі» в час, коли вони представлені ще тільки «іскрами». Це треба вміти, це не менш важливо, а може і більш, ніж хірургічна техніка.

Найбільш складні відносини між лікарями відділення. Це, як правило, лікарі близькі один до одного за кваліфікацією, що, без сумніву, породжує здорове, а іноді і нездорове, суперництво. Боронь Боже начальнику відділення обрати серед них «улюбленця», створювати йому преференції різного роду, виділяти серед інших.

Необхідно забезпечити «рівність» серед підлеглих, робота, особливо клінічна, повинна бути рівномірно розподілена – і по кількості і по якості, за всяку ціну уникати заздрощів, зловтіхи, недоброзичливості. Є і винятки – деякі співробітники більш схильні до «ведення» хворих, до адміністративних обов'язків, уникають з тих чи інших причин операційної. Цим треба вміло користуватись, це залог нормальних взаємовідносин, що виключають професійну заздрість. З хірургами відділення повинна постійно проводитись робота, яка забезпечує їх професійний ріст – участь в операціях; присутність в операційній при виконанні найбільш складних втручань провідним хірургом, косультантами; участь у обходах, клінічних розборах, наукових конференціях, читання літератури; контроль за записами у історіях хвороби та інше.

Хірургів відділення необхідно вчити спілкуванню з хворими і їх родичами. Особлива увага повинна бути направлена на інформацію для них, на слова, якими вона до них доноситься. Слово може вилікувати, але воно може і вбити! Хірурги, особливо молоді, повинні завжди пам'ятати непорушний закон хірургічної деонтології – «хірургія для хворих, а не хворі для хірургії».

Сама складна ділянка роботи начальника і хірургів відділення – це робота з персоналом: медичними сестрами, санітарками. По-перше – їх значно більше, ніж лікарів; по-друге – саме вони **постійно, протягом всієї доби**, контактують з хворим та його родичами; по-третє – серед них найбільша «плинність», часті заміни, пристосуватися до цього доволі складно. Тому, робота з персоналом – одна з найважливіших частин роботи лікарів-хірургів, і вона повинна бути постійною, наполегливою. Ухилятися від цієї роботи, не надавати їй потрібної уваги – подібно до смерті. Конфлікти, спровоковані на цьому рівні – як поміж колективу, та і у відношеннях з хворими та їх родичами можуть дорого коштувати. Будьте уважні. Одному з авторів «повезло» полежати в стаціонарі іспанського госпіталю після тяжкої операції. Саме велике враження залишили по собі медичні сестри, їх вишкіл. Не будемо говорити про їх професійну підготовку, згадаєм лише про їх манеру спілкуватися: привітні, уважні, навіть балакучі, коли мова йде не про медичні справи – погода, музика, кіно та інше. Але варто задати чисто медичне питання, спробувати дізнатись щось додаткове окрім інформації від лікаря – відповідь одна, з милою, привітною посмішкою: «… я в цих питаннях не компетентна, не уповноважена їх коментувати, будь ласка – звертайтесь до свого хірурга, я можу його запросити…»

Ще одне важливе питання наших професійних відносин – це питання самооцінки, дійсної готовності до виконання тієї чи іншої операції, процедури, дослідження та іншого. Одним словом – ви компетентні робити те, що ви збираєтесь робити? Остерігайтесь хірургічного ЕГО, не ризикуйте життям і здоров'ям хворого та власною репутацією. Те ж стосується і об'єктивної оцінки можливостей вашого лікувального закладу. Не соромтесь запросити до себе спеціаліста достатньої кваліфікації і авторитету, або переведіть хворого до нього – бажано до операції, а не після розвитку загрожуючих життю післяопераційних ускладнень. Ще раз: «хірургія для хворих, а не хворі для хірургії».

І ще про хірургів. Є загальні хірурги, а є «вузькі спеціалісти». Про останніх говорити не будем – вони працюють в спеціалізованих відділеннях, інститутах, багато часу приділяють своєму професійному росту, що забезпечує їх добробут, тобто вони «як кажуть – при справі». Але в Україні є ще біля 10000 загальних хірургів, які виконують в середньому …. до 40 операцій на рік. Що робити з цим? Це велика проблема, вона ніяк не вирішується, нею мало хто займається. Задоволені всі. Чому?

8.7. Помилки хірургів

На попередніх сторінках ми вже не один раз акцентували увагу на складності професії хірурга. Простих ситуацій ні на етапі обстеження, ні при визначенні показань до операції, ні в момент втручання, ні в післяопераційному періоді не буває. Все складно і неоднозначно. Звичайно, у будь-якого хірурга можливі помилки, часто з важкими наслідками.

- Хто не працює – той не помиляється
- Кінь о чотирьох ногах теж спотикається

Як до помилок відноситись? Існує, як завжди, мінімум два варіанти: а) приховати помилку; б) відверто, публічно провести її аналіз і зробити «профілактичні» висновки. Нажаль, прихильників першого варіанту більше. Виправдовуються необхідністю зберігати честь професії, підтримувати її авторитет. На наш погляд, це хибний, безперспективний варіант. Прихована помилка – це гарантований шлях до її повторення. Висновки «для себе» можливо зробить тільки той, хто помилився. Для інших – шлях до неї відкритий.

Приховування помилок, заперечення очевидних фактів, «оборона до останнього» в боротьбі за так звану «честь мундиру» – традиція давня і майже непохитна. Довгі роки (століття) в медичному суспільстві вважалось за доцільне і можливе повідомляти тільки про успіхи і досягнення. Існувало неписане правило – «помилки і летальні випадки – **приховуй!**». Ефект бомби, що вибухнула, викликали «Анналы хирургического отделения клиники Дерптского университета (1837, 1839)», де великий хірург М.І. Пірогов детально розібрав свої хірургічні помилки – їх суть, причини, наслідки. Що тільки не вислухав на свою адресу автор від числених обурених колег. Але позицію свою не змінив до кінця життя. Він стверджував: «…я считаю **священной обязанностью** добросовестного преподавателя немедленно обнародовать свои ошибки и их последствия для **предостережения и назидания** других, еще менее опытных от подобных заблуждений…». «…необходимо, если не сейчас же, то потом, и немедля открывать сделанную ошибку – будет ли она в диагностике или в лечении больного…».

Дійсно, переоцінити важливість методологічного значення аналізу помилки, зробленої тим, хто її скоїв, неможливо тому, що тільки йому відомі всі подробиці і обставини, природа ситуації, тільки він пережив її своїм серцем. Це дуже важливий компонент роботи будь-якого хірурга, найдієвіший спосіб виховання хірурга як лікаря і особистість. Визнання лікарем своєї помилки – це форма професійного каяття, тільки воно формує довіру і моральне відношення до лікаря в суспільстві – як професійному, так і загалом.

Не для всіх лікарів, нажаль, і сьогодні позиція М.І. Пірогова безперечна теоретично і здійснена практично. Тим не менше – це **найцінніше надбання лікарської етики**. Наша порада – не забувати про це.

- Errando discineus – ми вчимося помиляючись

- Errare humanum est, stultum est in errore perseverare – помилятися властиво будь-якій людині, наполягати на помилці властиво тільки дурневі

Визнання і публічний аналіз помилок – це ознака сили і зрілості хірурга, а не навпаки.

8.8. Фінансові справи

Це вкрай неприємне і складне питання. Про нього не прийнято говорити, але замовчування не відміняє проблеми, від неї нікуди не дітися.

Цікаву позицію в нашій країні зайняла держава, так, саме держава, відповідальна за всю систему охорони здоров'я в країні. Згідно 49-й статті Конституції саме вона **гарантує всім громадянам безкоштовну медичну допомогу в державних лікувальних закладах, кількість яких не може бути скорочена**. Все вірно – в країні з жебрацькими заробітними платами, високими податками, надмірною вартістю комунальних послуг, проїзду, цінами на продукти харчування та інше, хоча б про здоров'я народу, без якого у країни не має майбутнього, держава, взявши на себе всі забов'язання по охороні здоров'я, повинна робити все, що прописано у Конституції. Не тут то було. Не наше завдання аналізувати політику в цьому питанні. В цьому не має потреби. Всім і так все ясно. Якби не одне «але». Медикам теж треба жити: вони мають сім'ї, у них нормальні людські потреби, у них тяжка, виснажлива, відбираюча здоров'я і навіть життя робота. В багатьох цивілізованих країнах наша робота прирівнюється до особливо небезпечних і шкідливих. І це компенсується достойною зарплатнею. У нас держава не тільки переклала цю проблему на плечі рядових громадян, але і займається постійним зтравлюванням сторін, що приймають участь у цьому процесі – медиків і пацієнтів. Недаремно при соціальних опитуваннях серед найбільш корумпованих професій на перших позиціях – медичні працівники. Заданий результат досягнуто, «громовідвід» знайдено. І така ситуація не тільки в нашій країні: в багатьох місцях хірурги вимагають і отримують тугі конверти з готівкою від пацієнтів та їх родичів до початку лікування, «кують залізо, не відходячи від каси». При задовільних результатах сторони розходяться з посмішкою на обличчі – одна із відверто задоволеною, інша – з кривою, знаючи якою ціною дістався вміст цього конверту, добра вони хірургу в цей момент не бажають. Ринок – один продав, інший купив. А якщо невдача – ускладнення, смерть? Як бути з отриманим до лікування конвертом? Одні стверджують: поверніть гроші, це називається «контроль ушкоджень». Але є і інші думки: повернення грошей може бути розцінений як визнання провини і відповідальності за те, що відбулось. Яка реакція після цього буде з боку постраждалої сторони? Питання.

Але не дивлячись ні на що, багато хірургів ризикують, діють за принципом, сформульованим американським хірургом Д. Фішером: «…існує лише чотири форми мотивації, які я зараз, у свій 27-й рік хірургічної практики наводжу: готівка, гроші, гроші готівкою, і все, що може бути конвертовано в гроші готівкою…». Да,… проте відверто. «Міжнародний етичний кодекс лікаря» підходить до питання м'якше, дипломатичніше:

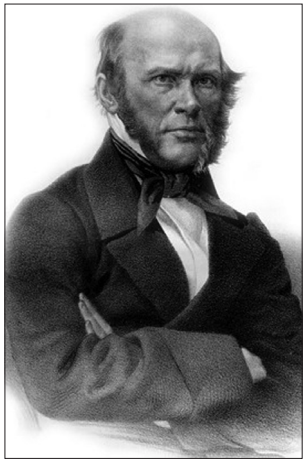
– … лікар не має права перед початком лікування ставити хворому фінансові умови, це – вимагання, воно переслідується в кримінальному порядку…

– … після завершення лікування лікар має право прийняти вдячність від пацієнта чи його близьких…

А поки що справа за державою. Без здоров'я народу не буде ніякої держави. Знаходяться ж в бюджеті гроші на утримання великої кількості непотрібних і навіть шкідливих для нашого суспільства людей з величезними за нашими мірками зарплатами.

8.9. Хірургія і віра

Справжня медицина, лікарі, зокрема, хірурги, дуже тісно взаємодіють з вірою в бога. Не дарма сказано: «Не потрібен бог праведному, бог потрібен грішнику, не потрібен лікар здоровому – лікар потрібен хворому». Перефразуємо – не потрібен бог циніку, байдужому, бог потрібен тому, хто страждає і тому, хто його втішає. Уся наша робота – і кожен день, і все життя пов'язана з чужим горем, бідою – стражданнями хворої людини. Справжній лікар завжди разом із своїм хворим, працюючи по справжньому, він витрачає велику кількість душевних та фізичних сил, безслідно це не проходить: «Освітлюючи для інших – згораю сам!» Але так буває не завжди, ні, не зі всіма. Вище ми цитували правило Д. Фішера. Але все ж у частини, причому значної, людські якості переважають. Природно, їм потрібна підтримка. І вона є – це віра. Не всі про це говорять, але більшість Великих лікарів і вчених різними шляхами приходили до бога, тяжко, не відразу, але приходили. Особливо



Пірогов М.І. (1810 – 1881).

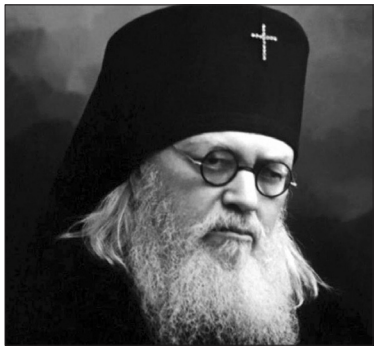
цікава історія цього шляху у М.І. Пірогова, видатного хірурга, який прожив останні роки свого життя в Україні і знайшов свій останній притулок у нас – у Вишнях (Вінниця). Підсумком цих пошуків став його вислів: «Головне питання життя – питання про Бога». Починав він як переконаний атеїст, вірив тільки у себе, у свою майстерність, в медицину.

Постійно оточений хворими, стражданнями, перехворівши сам на тяжку хворобу, вже перебуваючи в Санкт-Петербурзі, в академії, він почав змінювати свою позицію: «… під час цієї хвороби мені в перший раз в житті прийшла думка про упования до Промислу. Щось несподівано, під час нічного безсоння начебто осяяло свідомість, і це слово – «надія» – безперестанно крутилось на язику… я вважав це за оклик з неба…» Цей поштовх зробив свою справу. «…після цього я шукав спокою і миру для душі… мені потрібен був недосяжно високий ідеал віри… і взявши до рук Євангеліє… а мені було 38 років від народження, я знайшов для себе цей ідеал – бога…» До наших часів дійшла його молитва, яку він сам для себе склав і яку читав кожен день:

Господь, Боже мій,
Надихни мене бути знаряддям миру Твого,
Щоб я вибачав – де ображають,
Щоб я об'єднував – де сваряться,
Щоб я надав віру – де сумніви,
Щоб я приносив радість – де смуток живе,
Господе, Боже мій! Вшануй
Не для того, щоб мене втішали, а щоб я втішав,
Не для того, щоб мене розуміли, а щоб я розумів інших,
Не для того, щоб любили мене, а щоб я інших любив,
Бо хто дає – той отримує,
Хто себе забуває – той знайде,
Хто пробачає – тому пробачається,
Хто помирає – той просинається до ВІЧНОГО ЖИТТЯ!

Нажаль, мало хто з сучасних хірургів знає про цей шлях Великого Пірогова – від безвір'я до привернення – до світла, до Бога! Для багатьох це прозріння починається після довгих років роботи серед хвороб і страждань, але починати цей рух для душі треба вже зараз!

Ще один приклад – Василь Пилипович Ясенецький – Войно (він же Войно – Ясенецький, він же святитель Лука), великий вітчизня-



Архієпископ Лука Войно-Ясенецький. Мирське ім'я: Валентин Феліксович Войно-Ясенецький (1877 – 1961).

ний хірург (згадаємо тільки «Нариси гнійної хірургії»), уродженець України, випускник медичного факультету Київського університету ім. Св. Володимира все своє життя поєднував беззавітному служінню хірургії і Церкві. За перше він отримував Сталінські премії, за друге – тюрму, табори та страждання. Він все життя боровся за людей і за віру і переміг на обох фронтах. І добро, що він робив, і віра в бога постійно давали йому сил, які дозволили прожити ярке, неповторне життя.

Наведемо декілька висловлювань святителя Луки:

«…нам дані дві основні заповіді: про любов до бога і до ближнього. Ці заповіді в Божих очах єдині і разторжимі. Якщо…навідаємся до ближнього, то зробим це Як зробимо для Нього…»

«…великі вчені, які слугують для нас авторитетом в науці, виявляється, можуть бути для нас прикладом і в питаннях Віри. І тому: Не ограждайся гранью тесной, огней духовных не туши, свободомыслие совместно с религиозностью души…»

Своєму вибору святитель Лука був вірним до кінця життя, не відступаючи ні на йоту, переміг, залишився у пам'яті всіх хірургів навічно, а де його переслідувачі?

Ми тільки підняли це питання – найважливіше у житті кожної людини. На нього рано чи пізно відповість кожний, від цього не втечеш. Ми вам дали «інформацію для роздумів». Думайте, вирішуйте. У випадку позитивного рішення ніяких проблем з деонтологією у вас не буде.

В якості напуття і допомоги наводимо слова Господа, звернені до учнів – апостолів:

«… хворих зцілюйте, прокажених очищуйте, мертвих воскрешайте, бісів проганяйте; **даром отримали, даром віддавайте**… йдучи до людей, не беріть із собою ні злата, ані срібла, ані міді, ні сумки на дорогу, ні двох одеж, ні взуття, ні посоху, ні про що не турбуйтесь, бо той, хто робить, отримає прожиток…»

Заключення

В цій невеличкій книжці, призначеній молодим медикам, тільки вступившим на цей тяжкий, наповнений ризиками, злетами та падіннями шлях служіння людям, ми намагались висвітити одне із самих складних питань нашої діяльності – відношення: відношення в медичному оточенні, відношення між медиками і пацієнтами, відношення з правом, відношення з Богом. На жаль, в цій важливій галузі діяльності людини, зокрема, в нашій країні відсутній головний їх регулятор – медичне право. Дивно. Поки що ці відносини будуються на поняттях, абсолютно протилежних узаконеним нормам уявленнях – як повинно бути. Кожна сторона цих відносин тлумачить їх на свою користь, що породжує масу конфліктів, непорозумінь, неприємностей. Держава вже багато років веде розмову про реформування системи охорони здоров'я, саме розмову – результат «реформування» нам очевидний. Шлях один – братися за неї всім миром, відкрито і грамотно обговорюючи сутність проблеми, визначаючи шляхи її вирішення, законодавчо визначаючи та гарантуючи інтереси всіх сторін.

Що стосується наших взаємовідносин всередині медичної спільноти, то їх повинні запропонувати ми, ті, хто безпосередньо працює в цій важливій сфері. Вихід у прийнятті Закону про медичне самоуправління, про медичні асоціації чи палати. Такі закони діють в багатьох країнах світу, наприклад – у Польщі. Принцип простий – **оцінювати роботу лікаря, керувати нею може тільки інший, більш досвідчений лікар.** Саме для цього повинні бути створені асоціації, палати по спеціальностям, на чолі яких стояли б обрані професіонали, найбільш шановані спеціалісти. Палати регулюють всю діяльність – підготовку, розподіл кадрів, контроль за якістю роботи, удосконалення знань персоналу, повинні мати свій докримінальний суд, який би розбирав лікарські помилки, конфлікти в медичному середовищі та з пацієнтами. Чиновники, найняті медичними палатами, повинні будуть забезпечувати роботу спеціалістів, а не безграмотно керувати нею.

Вже час цю роботу починати, інакше вже буде пізно!

Ми вважаємо за потрібне в якості доповнення навести документ, прийнятий як міжнародною медичною спільнотою, так і в нашій країні – зокрема, на X Всеукраїнському з'їзді лікарів. Гадаємо, що це буде корисно для лікарів будь-яких спеціальностей.

Додаток

ЕТИЧНИЙ КОДЕКС УКРАЇНСЬКОГО ЛІКАРЯ

Даний Кодекс професійної етики українського лікаря (далі – Кодекс) покликаний систематизувати моральні орієнтири невідкладної, планової, превентивної та інших видів професійної діяльності лікаря, а також закріпити єдину систему критеріїв оцінки етичних засад його фахової поведінки і діяльності.

РОЗДІЛ 1.
Загальні положення

Стаття 1. Основні терміни Кодексу

Вживані у Кодексі терміни слід вважати такими, що мають наступний зміст:

Лікар (медичний працівник) – фахівець-професіонал, який на підставі здобутих знань і опанованих умінь наділений необхідними повноваженнями (тобто сертифікований відповідно до чинного законодавства України) для здійснення діяльності у сфері охорони здоров'я.

Суб'єкт медичної діяльності – людина (група людей), яка добровільно й свідомо звернулася за допомогою чи потребує її згідно з діючим законодавством України.

Пацієнт – особа, здоров'я і життя якої лікар захищає, або якій він надає допомогу, або чиї інтереси він представляє у формах, передбачених чинним законодавством.

Автономія – визнання сталості системи цінностей, життєвих позицій та планів пацієнта, його спроможність до прийняття усвідомленого і вільного від зовнішнього впливу рішення; авторизація пацієнтом певних моральних цінностей.

Компетентність пацієнта – здатність розуміти надану йому інформацію і приймати самостійні рішення відносно до поставленої мети і притаманної йому системи цінностей.

Конфіденційність – нерозголошення лікарем професійної та приватної інформації без дозволу пацієнта.

Евтаназія – акт навмисного безболісного позбавлення життя невиліковного пацієнта з метою припинення його страждань.

Угода про надання медичної допомоги – письмова чи усна угода (контракт), згідно з якою одна сторона – лікар (медичний працівник), що практикує індивідуально, або медичне об'єднання – бере на себе доручення іншої сторони – пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) або його представника про надання медичної допомоги на умовах, передбачених угодою, а інша сторона – пацієнт (або його представник) зобов'язується дотримуватися і виконувати норми та правила, відповідні розпорядження й рекомендації лікаря чи лікувально-профілактичного закладу.

Стаття 2. Дія Кодексу в просторі, часі та за колом осіб

1. Дія цього Кодексу поширюється на всі види професійної діяльності лікаря і в частині, визначеній Кодексом, – на іншу його діяльність (дії), яка може суперечити його професійним обов'язкам як медичного працівника або підірвати престиж професії медика.

2. Дія цього Кодексу поширюється також на всіх, хто працює у системі охорони здоров'я – незалежно від джерела фінансування та форми власності.

3. Дія цього Кодексу поширюється на стосунки та обставини, що виникли після його прийняття.

Стаття 3. Співвідношення Кодексу і чинного законодавства про медицину та охорону здоров'я

Норми Кодексу не відміняють і не замінюють положень чинного законодавства, доповнюють і конкретизують його.

Стаття 4. Тлумачення Кодексу

Право офіційного тлумачення цього Кодексу та зміни його положень надається Всеукраїнському з'їзду лікарів, який вводить його в дію.

Стаття 5. Відповідальність за порушення Кодексу

1. Відповідальність за порушення Кодексу визначається Статутом лікарських асоціацій (товариств, спілок), що прийняли цей Кодекс.

2. Етичний Кодекс українського лікаря діє на всій території України, є чинним для всіх лікарів, які є членами професійних лікарських об'єднань і працюють у лікувальних установах – незалежно від джерела фінансування та форми власності.

3. За порушення норм Кодексу можуть застосовуватись засоби громадського впливу.

РОЗДІЛ 2.
Основні принципи медичної етики та деонтології

Стаття 6. Твори благо

1. Діяльність лікаря спрямована на захист інтересів пацієнтів (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та життя суспільства у цілому, визначає можливість задоволення головних потреб і прагнень у збереженні життя та здоров'я.

2. Лікар, який захищає здоров'я та інтереси пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) та життя суспільства у цілому, виконує свою місію з повагою до життя людини, її особистості та гідності.

3. Лікар у всіх випадках повинен запобігати заподіянню шкоди пацієнтові, дотримуватися принципів моралі, чесності й беззастережної відданості обов'язкові медика.

Стаття 7. Професійна незалежність лікаря.

1. Необхідною умовою незалежного здійснення лікарем своєї діяльності є максимальна незалежність у дотриманні його професійних прав і обов'язків, що передбачає свободу медичного працівника від будь-якого зовнішнього тиску чи втручання в його діяльність, а також від впливу своїх особистих інтересів.

2. Лікар зобов'язаний не допускати у своїй професійній діяльності компромісів, що применшували б його професійну незалежність. З метою догодити установам та організаціям, третім особам або пацієнтові, якщо такі компроміси розходяться з інтересами пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) і перешкоджають належному наданню йому медичної допомоги.

3. Лікар не повинен займатися іншою діяльністю, яка б ставила його в юридичну, матеріальну або моральну залежність від інших осіб, підпорядковувала його вказівкам або правилам, які можуть суперечити нормам чинного законодавства і цьому Кодексові, або

можуть іншим чином перешкоджати вільному і незалежному виконанню його професійних обов'язків.

4. Медична допомога не може переслідувати виключно комерційні цілі. Лікареві не дозволяється, за винятком особливих випадків, передбачених чинним законодавством, поширювати з метою прибутку ліки, пристрої, продукти тощо. Лікареві забороняється вести прийом пацієнтів, давати медичні поради чи призначення у комерційних приміщеннях чи у будь-яких інших місцях, де продаються ліки, пристрої чи продукти, які він виписує або використовує.

5. Лікар повинен контролювати використання його імені, кваліфікації, порад і висловлювань. Він не повинен допускати, щоб будь-яка організація або установа (державна, громадська чи приватна), в якій він працює або сприяє, використовували його ім'я чи професійну діяльність з рекламною метою без його згоди.

Стаття 8. Домінантність інтересів пацієнтів

1. У межах вимог законодавства лікар зобов'язаний у своїй професійній діяльності дотримуватися переваги інтересів пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) перед своїми власними інтересами, інтересами колег, партнерів, співробітників, інтересів законних представників пацієнтів або їх опікунів, піклувальників, інших осіб.

2. Лікар повинен поважати право кожної людини вільно обирати лікаря. Він зобов'язаний допомогти пацієнтові (суб'єктові діяльності у сфері охорони здоров'я) здійснити це право.

3. Лікар повинен вислуховувати, оглядати, консультувати чи лікувати однаково сумлінно всіх людей – незалежно від їх походження, способу життя, сімейного стану та статі, віку, стану здоров'я, належності до етнічної групи, національності або релігії.

4. Лікар повинен допомагати пацієнтові за всіх обставин. Йому ніколи не повинні зраджувати коректність і дбайливість по відношенню до пацієнтів.

5. Кожний лікар повинен безоплатно надавати першу невідкладну медичну допомогу потерпілим у разі нещасного випадку та в інших екстремальних ситуаціях.

Стаття 9. Компетентність та сумлінність

1. Суспільна значущість і складність професійних обов'язків лікаря вимагають від нього високого рівня професійної підготовки, фундаментальних знань теорії та практики медицини, опанування

навичками, тактикою, відповідними методами та прийомами лікарської діяльності.

2. Лікар повинен підтримувати й удосконалювати свої знання та навички, докладати необхідних зусиль до професійного самовдосконалення на рівні сучасного стану медицини. У своїй роботі лікар має керуватися сучасними стандартами обстеження та лікування.

3. Лікар зобов'язаний незалежно від сфери своєї переважної спеціалізації, якщо така має місце, бути компетентним у загально-медичних питаннях, питаннях невідкладної допомоги та термінальних станів.

4. Лікар, який бере участь у санітарно-просвітницькій діяльності, повинен користуватися науково підтвердженими даними, проявляти обачливість і брати до уваги можливі наслідки своїх висловлювань перед громадськістю. При цьому необхідно уникати вчинків рекламного характеру як на свою особисту користь, так і на користь установ і організацій, які лікар представляє, на користь справи з негативними наслідками.

5. Якщо лікар пропагує у медичному середовищі недостатньо перевірений діагностичний або лікувальний метод, він зобов'язаний супроводжувати своє повідомлення необхідними застереженнями. Подібні повідомлення неприпустимі поза медичним середовищем.

Стаття 10. Чесність та порядність

1. Лікар повинен як у своїй професійній діяльності, так і у приватному житті бути чесним і порядним, не вдаватися до омани, погроз, шантажування, підкупу, використання для досягнення своїх професійних чи особистих цілей тяжких матеріальних чи особистих обставин пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я).

2. Лікар зобов'язаний поважати права, законні інтереси, честь, гідність, репутацію та почуття осіб, з якими він працює та перебуває в інших відносинах.

3. Будь-яка угода між лікарями, між лікарями та фармацевтичними, медичними працівниками та іншими фізичними або юридичними особами на шкоду хворого заборонена.

4. Лікареві заборонені:

– будь-яка дія, що сприяє здобуттю пацієнтом несправедливих або протизаконних переваг;

– будь-які пільги грошима чи натурою, а також комісійні від будь-якої особи;

– прохання винагороди натурою чи грішми, у будь-якій іншій формі, прямо чи опосередковано за будь-яке розпорядження чи медичну дію, чи згода на їх отримання, за винятком випадків, які встановлені чинним законодавством України. Лікареві, який займає виборну або адміністративну посаду, забороняється використовувати своє службове становище з метою примноження своєї клієнтури.

РОЗДІЛ 3.
Зобов'язання лікаря щодо пацієнта

Стаття 11. Вищий обов'язок лікаря – збереження життя пацієнта

1. Життя пацієнта – це найвища цінність, на збереження якої повинна бути спрямована професійна діяльність лікаря (медичного працівника). Збереження життя пацієнта повинно розглядатися лікарем у поєднанні зі збереженням якості життя, найбільш високої за існуючих умов.

2. З моменту своєї згоди на звертання хворого лікар бере на себе особисту моральну відповідальність щодо забезпечення останнього необхідною медичною допомогою.

3. Лікар повинен стежити за виконанням пацієнтом (суб'єктом діяльності у сфері охорони здоров'я) призначених медичних приписів.

4. Лікар зобов'язаний сприяти реалізації права пацієнта на одержання ним адекватної медичної допомоги.

Стаття 12. Лікар зобов'язаний діяти на благо пацієнта

1. Принцип «роби добро» вимагає позитивних дій з боку лікаря щодо запобігання або виправлення шкоди. Заклик «робити добро» припускає не тільки практичну діяльність, але й почуття та емоції лікаря, що реалізуються співчуттям до хворого.

2. Лікар зобов'язаний (у межах можливого) використовувати всі необхідні для досягнення блага засоби, сучасні методи діагностики і терапії, у разі потреби – звертатися до інших спеціалістів.

3. Лікар дотримується взятих на себе моральних зобов'язань стосовно пацієнта навіть у тому випадку, якщо він у силу певних причин не в змозі надати адекватну медичну допомогу.

4. У всіх випадках, коли погляди пацієнта на процес лікування в чомусь відрізняються від думки лікаря, останній, незважаючи на це, повинен пригнути полегшити страждання свого хворого, морально його підтримати.

Стаття 13. У ставленні до пацієнта лікар повинен виходити з принципу «не нашкодь»

1. Лікар не має права піддавати пацієнта невиправданому ризику.

2. Лікар зобов'язаний зіставляти потенційну користь з можливими ускладненнями передбачуваного втручання, особливо в тих випадках, коли обстеження чи лікування приносить фізичні чи психічні страждання пацієнтові.

3. Лікар не може пропонувати хворому лікувальні засоби чи процедур, що не набули широкого розповсюдження або підтвердження своєї лікувальної ефективності в медичній практиці. Дискредитовані наукові підходи не повинні застосовуватися в лікуванні.

Стаття 14. Лікар повинен поважати автономію пацієнта

1. Лікар (медичний працівник) повинен поважати психофізичну і духовну цілісність, моральні ідеали, гідність і достоїнство особистості пацієнта і сприяти їхньому утвердженню при наданні медичних послуг.

2. Лікар зобов'язаний поважати автономію пацієнта навіть у тому випадку, якщо він не схвалює його рішення про відмову від запропонованих окремих процедур чи лікування в цілому.

3. Пацієнт має право на свободу вибору і використання нетрадиційних з точки зору медичної науки і практики методів діагностики і лікування.

4. Негуманне ставлення до пацієнта, приниження його людської гідності, використання в особистих цілях праці пацієнта неприпустимо для лікаря.

Стаття 15. Єдиним критерієм справедливого розподілу медичних ресурсів є ступінь важкості стану пацієнта

1. При розподілі обмежених медичних ресурсів серед пацієнтів (суб'єктів діяльності у сфері охорони здоров'я) лікар повинен насамперед керуватися ступенем важкості стану їхнього здоров'я.

2. Віддання переваги будь-кому з пацієнтів при наданні медичної допомоги є неприпустимим, якщо це не викликано терапевтичними показаннями.

3. Лікар визнає сучасні ринкові механізми здійснення принципу справедливості при наданні медичної допомоги в суспільстві, але вважає їх зовнішніми відносно виконання свого лікарського обов'язку.

Стаття 16. Лікар завжди повинен говорити пацієнтові правду

1. Лікар повинен бути правдивим перед своїм пацієнтом, бути вірним слову, даному пацієнтові.

2. Лікар не повинен обіцяти нездійсненне і зобов'язаний виконувати обіцяне.

3. Лікар може не говорити правду пацієнтові, якщо це є бажанням самого пацієнта або в тому випадку, якщо її повідомлення матиме серйозні наслідки для здоров'я останнього.

Стаття 17. При здійсненні своєї діяльності лікар повинен забезпечувати конфіденційність і зберігати лікарську таємницю

1. Лікар не має права розголошувати без дозволу пацієнта чи його законного представника відомості, отримані в ході обстеження та лікування, а також сам факт звертання за медичною допомогою.

2. Усі відомості, передані лікареві пацієнтом в особистій бесіді, а також дані його обстеження заносяться в спеціальні медичні карти і є конфіденційними.

3. Лікар зобов'язаний вжити всіх необхідних заходів щодо збереження і нерозголошення медичної таємниці, а також конфіденційності інформації про пацієнта на електронних носіях.

4. Лікар (медичний працівник) не має права розголошувати медичну інформацію навіть після смерті пацієнта, за винятком випадків професійних консультацій чи обставин, передбачених законом.

5. При використанні інформації, що становить лікарську таємницю, в навчальному процесі, науково-дослідній роботі, в публікаціях повинна бути забезпечена анонімність пацієнта.

6. Представлення пацієнта (колишнього пацієнта) на наукових конференціях, у наукових публікаціях, у засобах масової інформації є етичним лише за умови, що пацієнт поінформований про можливу втрату конфіденційності, усвідомлює це та у письмовій формі дає добровільну згоду на таке представлення.

Стаття 18. Лікар не повинен втручатися без професійно зумовлених причин у справи родини та приватне життя своїх пацієнтів

Ступінь втручання лікаря в приватне життя пацієнтів повинен визначатися винятково професійною необхідністю.

Стаття 19. Лікар зобов'язаний усіма своїми діями сприяти встановленню з пацієнтом відносин взаємного співробітництва на благо пацієнта

1. Встановлення довірчих взаємовідносин і співробітництво лікаря і пацієнта визначають успіх лікування і є одним із головних обов'язків лікаря.

2. Лікар повинен сприяти усвідомленню та реалізації відповідального ставлення пацієнта до процесу обстеження та лікування.

3. Авторитарне ставлення лікаря (медичного працівника) до пацієнта без урахування ставлення останнього до процесу лікування неприпустимо, крім тих ситуацій, що вимагають невідкладного медичного втручання.

4. Якщо можливість довірчих взаємовідносин з лікарем виключає стан пацієнта, їх встановлюють з його законними представниками, родиною чи близькими йому людьми.

Стаття 20. Лікар зобов'язаний надати пацієнтові вичерпну інформацію, яка необхідна для своєчасної та якісної медичної допомоги

1. Лікар повинен інформувати пацієнта щодо необхідності, ступеня ризику, найближчих і можливих віддалених наслідків для його здоров'я, передбачуваного медичного втручання, про альтернативні методи лікування, їхню порівняльну ефективність, про права пацієнта та можливості їх захисту.

2. Інформація, що надається лікарем, має бути доступною, повинна викладатися зрозумілою для пацієнта мовою, з урахуванням стану, особливостей особистості й культурного рівня пацієнта.

3. Лікар повинен сприяти здійсненню права пацієнта ознайомитися з історією своєї хвороби, офіційними документами, будь-якою інформацією, отриманою при його обстеженні та лікуванні.

4. У разі неспроможності пацієнта (суб'єкта діяльності у сфері охорони здоров'я) сприйняти необхідні інформацію, остання повинна бути доведена до відома його законних представників чи родини.

Стаття 21. Кожне медичне втручання повинно включати спеціальну процедуру одержання добровільної згоди пацієнта

1. Лікар зобов'язаний сприяти реалізації прав пацієнта скористуватися запропонованими медичними послугами чи відмовитися від них.

2. Лікар повинен уникати невиправданої наполегливості та нав'язування пацієнтові своєї особистої думки, а також будь-яких релігійних чи атеїстичних поглядів щодо згоди пацієнта на медичне втручання.

3. За неможливості дізнатися про думку пацієнта щодо медичного втручання через некомпетентність останнього необхідно звернутися до його родини або законного представника.

4. Тільки вкрай важкий стан пацієнта (загроза життю чи непритомність), що вимагає невідкладного медичного втручання, та неможливість зв'язатися з його законними представниками або родиною, звільняють лікаря від зобов'язання отримання згоди.

Стаття 22. Оголошення про несприятливий чи смертельний прогноз

1. Рішення про оголошення несприятливого чи смертельного прогнозу повинно прийматися лікарем, виходячи з його досвіду, з урахуванням думки самого пацієнта та його близьких.

2. Надання інформації про несприятливий чи смертельний прогноз, що може травмувати пацієнта, повинно бути обачним і проводитися з необхідним почуттям такту та розумінням психологічного стану хворого.

3. Родина хворого може бути попереджена про несприятливий діагноз, якщо сам пацієнт не заперечує цього.

4. У певних випадках на прохання самого пацієнта або якщо пацієнт перебуває в тяжкому психофізичному стані, він може бути залишений у невіданні щодо небезпечного діагнозу і прогнозу.

Стаття 23. Надання медичної допомоги вмираючому

1. Лікар (медичний працівник) повинен надавати медичну допомогу і моральну підтримку вмираючому до останньої миті його життя, прикладаючи всіх зусиль для полегшення страждань і збереження вмираючому його гідності як особистості.

2. Лікар виступає гарантом надання хворому духовної і моральної підтримки з боку служителя будь-якої релігійної конфесії.

3. Активні заходи щодо підтримки життя пацієнта припиняються тільки тоді, коли стан людини визначається як незворотна смерть.

4. Лікар не має права навіть у випадках, що здаються йому безнадійними, навмисно прискорювати смерть хворого або перерива-

ти необхідне лікування. Участь медичного працівника в евтаназії є неприпустимою.

5. Лікар, що лікував пацієнта під час передсмертного захворювання та у термінальний період життя, не може скористатися заповітними розпорядженнями, зробленими на його користь, за винятком випадків, передбачених законом.

Стаття 24. Надання медичної допомоги дітям, людям похилого віку та жінкам

1. Діти, люди похилого віку і жінки – соціальні групи, яким лікар (медичний працівник) надає допомогу у першу чергу.

2. При наданні допомоги дітям і жінкам, людям похилого і старечого віку лікар повинен сприяти забезпеченню соціально справедливого ставлення до них.

3. Лікар (медичний працівник) повинен шанобливо ставитися до особистості пацієнтів літнього та старечого віку, виявляти особливий такт і високу культуру в спілкуванні та роботі з ними.

4. У випадку виявлення лікарем (медичним працівником) факту неналежного ставлення будь-яких осіб до пацієнтів дитячого і старечого віку, жіночої статі він звільняється від дотримання принципу конфіденційності.

Стаття 25. Надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам

1. На надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам лікар повинен отримати згоду батьків, опікунів чи їх законних представників.

2. Якщо вік і стан неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, допускають можливість адекватного розуміння ними того, що відбувається, лікар зобов'язаний роз'яснити їм необхідність, мету і методи передбачуваного медичного втручання.

3. Якщо неповнолітній вимагає конфіденційності в наданні медичних послуг, лікар повинен з'ясувати причини, з яких пацієнт не бажає інформувати батьків або інших законних представників, і пояснити необхідність залучення останніх до його лікування.

4. Медична допомога особам, визнаним судом обмежено дієздатними, надається за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.

5. У разі потреби невідкладного медичного втручання, якщо неможливо зв'язатися з батьками або законними представниками

неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, лікар (медичний працівник) зобов'язаний надати необхідну допомогу.

Стаття 26. Лікар повинен сприяти одержанню пацієнтами соціальних переваг, право на які зумовлене їх станом

Стаття 27. Пасивне чи активне, неповажне ставлення лікаря, що принижує гідність пацієнта з огляду на стать, є порушенням рівних прав чоловіків і жінок і є неприпустимим

1. Лікар повинен сприяти реалізації принципу рівності чоловіків та жінок на основі паритетності при наданні їм медичної допомоги.

2. Лікар зобов'язаний забезпечувати рівність можливостей чоловіків і жінок стосовно згоди чи відмови від медичної допомоги.

3. Лікар повинен дотримуватися принципу справедливості та рівної участі жінок і чоловіків у розподілі та використанні медичних ресурсів.

4. Лікар зобов'язаний при встановленні взаємного співробітництва з пацієнтом виходити з визнання рівноправних відносин між чоловіками і жінками. Вступ у сексуальні відносини з пацієнтом є неетичним.

Стаття 28. Лікар повинен поважати та підтримувати право пацієнта вільно обирати лікаря та медичний заклад

1. Лікар повинен сприяти реалізації права пацієнта на вільний вибір лікаря та медичної установи.

2. Лікар не повинен чинити перешкоди пацієнтові у реалізації права довіри свого подальшого лікування іншому лікареві.

Стаття 29. Відмова лікаря від надання медичної допомоги

1. Лікар вільний у виборі пацієнта та умов, за яких здійснюється медична допомога, за винятком невідкладних та екстрених випадків.

2. Етично виправданою може бути відмова лікаря від лікування людини, у якої, на його думку, відсутнє захворювання або у випадках, коли лікування з різних причин протипоказане.

3. Лікар не несе відповідальності за здоров'я пацієнта в разі відмови останнього від медичних приписів або порушення ним встановленого для нього режиму. Лікар має право відмовитися від подальшого ведення пацієнта, якщо останній неодноразово порушував правила внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я

або не виконував медичних приписів, за умови, що ця відмова не загрожуватиме життю та здоров'ю хворого та інших людей.

4. Якщо пацієнт має можливість вибору лікаря, останній може скористатися своїм правом відмовитися від надання медичної допомоги пацієнтові з особистих причин.

Стаття 30. Оплата праці лікаря визначається нормами діючого законодавства

1. У випадках, якщо не визначені норми, лікар не може оцінювати свою діяльність невиправдано високо.

2. Оцінка діяльності лікаря повинна враховувати:

– складність та унікальність запропонованої медичної допомоги;

– необхідні вміння й досвід лікаря;

– якість виконаної роботи;

– репутацію лікаря, медичного закладу тощо.

3. Лікар не може вимагати оплату праці до закінчення обстеження чи лікування. Підвищення платні за якість та ефективність лікування неприпустимі.

4. Лікар, якщо це можливо, повинен попередньо інформувати пацієнта про вартість лікування.

5. Ніякий особливий спосіб розрахунку не повинний нав'язуватися хворому.

РОЗДІЛ 4.
Взаємовідносини і взаємодія медичних працівників та представників інших професій

Стаття 31. Взаємини між лікарями

1. Взаємини між лікарями (медичними працівниками) будуються на підставі колегіальності, рівноправності, чесності, справедливості, порядності, а також готовності передати свої професійні знання та досвід.

2. Лікарі повинні допомагати один одному у доланні труднощів та у випадках невдач. У разі виникнення розбіжностей між колегами слід шукати шлях їх усунення, у разі потреби – за посередництвом етичного комітету відповідної професійної асоціації.

3. Обов'язок кожного лікаря – неупереджено аналізувати як власні помилки, так і помилки своїх колег. Виявлення незго-

ди з їхніми думками чи діями, критика на їх адресу повинні бути об'єктивними, аргументованими і необразливими. Слід уникати некоректних висловлювань про роботу колег у присутності пацієнтів чи їхніх близьких, за винятком випадків, пов'язаних з оскарженням дій лікаря. Спроби завоювати собі авторитет шляхом дискредитації колег неетичні.

4. Моральний обов'язок лікаря – активно протидіяти практиці безчесних і некомпетентних колег, а також різного роду непрофесіоналів, що наносять шкоду здоров'ю та життю пацієнтів.

Стаття 32. Надання невідкладної допомоги

1. Лікар, запрошений до пацієнта для надання невідкладної допомоги, якщо останній підлягає подальшому огляду особистим чи іншим лікарем, повинен проінформувати колегу про свої дії і рекомендації пацієнтові. Він доводить це до відома пацієнта, а у себе зберігає копію цієї інформації.

2. При наданні невідкладної допомоги потрібно:

– поважати рішення і вибір пацієнта, щонайпильніше враховуючи та реагуючи на невідкладний (терміновий) випадок і його наслідки;

– сприяти забезпеченню взаєморозуміння у відносинах між усіма лікарями, до яких зверталися за допомогою та консультацією;

– попереджати конфлікти, що можуть виникнути на ґрунті відносин між лікарями різних спеціальностей;

– не допускати, щоб угода про сумісну діяльність медичних працівників заподіяла шкоди пацієнтові.

Стаття 33. Лікар-консультант

1. Лікар (за необхідності) повинен запропонувати консультацію свого колеги залежно від обставин або погодитися на консультацію, бажану пацієнтом чи його близькими.

2. Лікар, що консультує пацієнта, в першу чергу повинен дотримуватися інтересів пацієнта, підтримувати його вільний вибір щодо одержання консультації у іншого фахівця, не принижувати гідність особистого лікаря, проводити лікування головним чином у випадках необхідності надання невідкладної допомоги.

3. Лікар, до якого звернулися за консультацією, повинен, за згодою пацієнта, поінформувати про це його особистого лікаря і повідомити йому свої висновки та рішення. У випадку відсутності до-

зволу пацієнта на таку інформацію лікар зобов'язаний поінформувати останнього про наслідки його відмови.

4. Якщо лікар не вважає доцільним вибір пацієнтом консультанта, то він може ухилитися від видачі направлення до нього. У цьому випадку він повинен порадити звернутися до іншого консультанта і довести пацієнтові доцільність такого вибору.

5. Якщо після консультації виявляється, що висновки консультанта і особистого лікаря не збігаються, пацієнт повинен бути поінформований про це. Особистий лікар може припинити надання своїх послуг, якщо пацієнт чи його близькі віддадуть перевагу висновкові консультанта.

6. Консультант не повинен під час хвороби, з приводу якої він надавав консультацію, за власної ініціативою викликати чи обстежувати пацієнта, не поінформувавши про це його особистого лікаря (за винятком невідкладних випадків).

Стаття 34. Надання допомоги декількома лікарями та госпіталізація пацієнта

1. Пацієнт не повинен страждати через розбіжності між лікарями, що надають йому допомогу. Якщо кілька лікарів спільно обстежують чи лікують одного пацієнта, вони повинні постійно обмінюватися інформацією; кожний з цих лікарів бере на себе персональну відповідальність і стежить за інформуванням пацієнта.

2. Кожний з лікарів має право відмовитися надавати медичну допомогу чи припинити її надавати за умови, що це не заподіє шкоди хворому і що про це будуть попереджені його колеги.

3. Особистий лікар повинен узагальнювати результати різних досліджень, інформувати пацієнта про отримані дані та спостереження, пояснювати йому у зрозумілих для нього виразах висновки, до яких прийшла група фахівців.

4. Лікар, що взяв на себе відповідальність за пацієнта у зв'язку з його госпіталізацією, повинен сповістити про це особистого лікаря або лікаря, визначеного пацієнтом чи його близькими. Він повинен інформувати цього лікаря про основні рішення щодо пацієнта.

Стаття 35. Ділові стосунки з представниками інших спеціальностей

1. В інтересах пацієнтів лікарі зобов'язані підтримувати колегіальні відносини з представниками інших спеціальностей як із сфери охорони здоров'я, так і інших галузей (соціальні працівники,

психологи тощо). Медичні працівники повинні поважати їхню професійну незалежність і вільний вибір пацієнта.

2. Лікар повинен підтримувати діяльність мультидисциплінарних бригад, які сприяють поліпшенню обслуговування хворих, профілактичним заходам, доглядові за особами похилого віку та пацієнтів у передтермінальному стані та особами з обмеженою працездатністю, а також проведенню гуманітарних акцій.

3. У випадку виникнення розбіжностей у запропонованих рекомендаціях лікар може:

– звернутися в етичний комітет відповідного професійного товариства;

– апелювати безпосередньо до відповідного керівного органу професійного товариства.

РОЗДІЛ 5.
Виконання професійних обов'язків

Стаття 36. Повага до професії лікаря

1. Принцип поваги до своєї професії повинен бути витриманим у всіх сферах діяльності лікаря: професійній, громадській, публіцистичній та ін. Кожен лікар повинен утримуватися від будь-якої дії, навіть поза межами своїх професійних обов'язків, яка знецінює повагу до медичного фаху. Своєю діяльністю він повинен утверджувати повагу до професії медика, її сутності та громадської значущості, сприяти збереженню й підвищенню її престижності.

2. Лікар не повинен вчиняти дій, спрямованих на обмеження прав іншого лікаря як фахівця та людини.

3. Лікареві (медичному працівнику) забороняється сприяти усім, хто займається протизаконною медичною діяльністю.

Стаття 37. Межі компетенції лікаря

1. Кожний лікар, як правило, має повноваження виконувати всі дії у сфері діагностики, профілактики і лікування. При цьому він не може, крім виняткових обставин, починати чи продовжувати лікування, давати рекомендації в галузях, що виходять за межі його знань, досвіду і наявних у нього можливостей. Неетичною є постійна практика лікаря поза межами своєї професійної компетенції.

2. Знання, досвід і наявні можливості лікар зобов'язаний застосовувати в кожному окремому випадку таким чином, щоб забезпечити найкраще надання медичної допомоги.

3. Обов'язок лікаря – свідомо оцінити роль, яку він може взяти на себе в конкретному випадку залежно від своєї компетентності, інтелекту, обставин та середовища.

Стаття 38. Відповідність умов надання медичної допомоги

1. Місце виконання професійних обов'язків лікаря повинно бути належно устатковане, в тому числі технічними засобами, що відповідають характеру його діяльності, а також дозволяють зберегти професійну таємницю. Лікар повинен стежити за належним станом свого робочого місця і засобів лікування відповідно до встановлених норм і правил сучасних чинних санітарно-гігієнічних вимог.

2. Лікар може не виконувати своїх професійних обов'язків в умовах, які істотно знижують якість медичної допомоги чи безпеку людей. Він повинен дбати про компетентність осіб, з якими співпрацює в наданні допомоги пацієнтам.

3. Знання з гігієни є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для лікарів при їхній роботі з апаратурою, устаткуванням і потенційно забрудненими препаратами, з якими їм доводиться маніпулювати в процесі професійної діяльності. Обов'язок медичних працівників – проводити обробку таким чином, щоб ані для самих співробітників, ані для будь-якої людини, що вступила з ними в контакт, не існувало ризику випадкового зараження.

Стаття 39. Підтримання професійної компетентності

1. Лікар відповідальний за безперервне підвищення власної кваліфікації.

2. Лікар повинен здобувати, застосовувати і поглиблювати наукові знання, поширювати відповідну інформацію серед пацієнтів, колег, громадськості, одержувати консультації і використовувати допомогу лікарів інших спеціальностей, якщо це необхідно.

3. Якщо лікар звертається за консультацією або співпрацює з іншими професіоналами, він повинен бути впевненим в їх кваліфікації та компетентності. Якщо в нього є сумніви щодо підготовки, кваліфікації й етичних якостей представника суміжної професії, він не повинен користуватися його допомогою.

4. Якщо лікар бере на себе роль співробітника чи керівника іншого спеціаліста, він повинен усвідомлювати власну відповідальність і бути впевненим, що пацієнт отримає необхідну та якісну допомогу.

Стаття 40. Складання професійних висновків

1. У процесі виконання своїх професійних обов'язків лікар повинен оформлювати медичні висновки, довідки, свідчення та інші документи відповідно до норм законодавства і регламентів.

2. Будь-яка довідка, розпорядження, свідчення чи документ, які видаються лікарем, повинні бути датовані, складені розбірливо, державною мовою, підписані ним, з уможливленням ідентифікації його як лікаря і автора документа.

3. Лікар не повинен складати довідки, якщо вони можуть бути використані з метою зловживання, всупереч загальноприйнятим правилам та законодавству.

Стаття 41. Діяльність приватного лікаря

Лікар, який здійснює приватну діяльність, може використовувати допомогу колег та фахівців згідно з діючим законодавством України. Його діяльність підпорядковується дії основних статей та положень даного Кодексу.

Стаття 42. Виконання професійних обов'язків у галузі експертної медицини

1. Лікар не може бути одночасно лікарем-експертом і особистим лікарем одного й того самого хворого.

2. Лікар не повинен проводити експертизу, у висновках якої зацікавлені: він сам, один з його пацієнтів, один із його близьких, друзів або група осіб, яка звернулася до нього за послугами.

3. При одержанні завдання на експертизу лікар зобов'язаний відмовитися від нього, якщо вважає, що поставлені перед ним питання не мають безпосереднього відношення до медицини, його знань та його можливостей або якщо це завдання суперечить положенням чинного законодавства чи цього Кодексу.

4. Лікар-експерт до початку експертних дій повинен проінформувати особу, яку він обстежує, щодо поставленого перед ним завдання.

5. Текст акту експертизи повинен містити тільки такі дані, які необхідні лікареві-експерту для формулювання відповіді на поставлені питання.

Стаття 43. Проведення досліджень і випробувань на замовлення фірм

1. Проведення досліджень і випробувань здійснюється відповідно до етичних правил, що встановлені етичним комітетом відповід-

ної медичної асоціації (товариства, спілки) та чинним законодавством України.

2. При написанні наукових і науково-популярних праць, поданні матеріалів до засобів масової інформації посилання на замовника чи спонсора є етично обов'язковим.

Стаття 44. Лікар і чинне законодавство

Лікар зобов'язаний дотримуватися закону і повинен визнавати свою відповідальність перед пацієнтом.

Стаття 45. Участь у громадському житті

У суспільно-громадській роботі лікар повинен дотримуватися етичних норм поведінки. У разі відсутності відповідних повноважень він не може обґрунтовувати власні заяви громадського характеру авторитетом своєї професії чи професіонального співтовариства.

Наукове видання

Білий Володимир Якович,
Русин Василь Іванович,
Фомін Петро Дмитрович,
Савицький Олександр Федорович,
Чобей Степан Михайлович

КУНСТКАМЕРА АБДОМІНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

(Рідкісне, незвичайне, складне)

В авторській редакції
Верстка – *Юрій Гандера*

Підписано до друку 24.11.2020 р. Формат 60x84/16.
Обл. вид. арк. 21,2. Умов. друк. арк. 20,3.
Тираж 300 прим.

Всеукраїнське державне видавництво «Карпати»,
Директор – Віктор Браславець
88000, м. Ужгород, пл. Жупанатська, 17.
Тел./факс: (03122)3-23-66, тел.: (0312)61-26-93
e-mail: vidkarpaty@gmail.com

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції: Серія ДК № 512 від 27.06.2001 р., видане Державним комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України

Віддруковано у ТОВ «Спектраль ЛТД»,
88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 36
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції: Серія ЗТ № 14 від 09.07.2001 р.

Білий В.Я., Фомін П.Д., Русин В.І. та ін.

Б 43 Кунсткамера абдомінальної хірургії : Рідкісне, незвичайне, складне. – Ужгород : Карпати, 2020. – 328 с., іл.

ISBN 978-966-671-532-9

У монографії висвітлені питання рідкісних, незвичайних, фантастично складних випадків в абдомінальній хірургії, що вимагають нестандартного підходу, незвичайних рішень. Уміння узагальнювати, аналізувати, приймати грамотні рішення і їх реалізувати – основні вимоги, що пред'являються професією хірурга.

Останній розділ монографії присвячено питанням деонтології в хірургії. Автори докладно виклали питання відносин між медиками та пацієнтами, ставлення до права, відносини з Богом.

Монографія призначена для практичних хірургів, студентів медичних вузів, інтернів.

УДК 617.55(0.064)