



Д.Л. Пиковский

# Философия экстренной хирургии



«Триада-Х»

617-089

П 322

Д.Л. Пиковский

# ФИЛОСОФИЯ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Теория — практика

Satmaqand Tibbiyot  
Institut' kutubxonasi  
Inv. № 311987

Москва, 2001  
«Триада-Х»

**Пиковский Д.Л.**

**Философия экстренной хирургии.** Теория — практика. — М.: «Три-ада-Х», 2001. — 224 с.

**Автор** - Пиковский Д.Л., д.м.н., профессор, автор 5 монографий, 6 тематических сборников по абдоминальной и экстренной хирургии.

ISBN 5-8249-0045-0

В книге изложены философские и практические аспекты деятельности специалиста в области общей хирургии на основе многолетнего опыта автора. Представлена система принятия решения в неотложной хирургии, описаны ошибки в диагностике и лечении, вопросы организации работы хирургической бригады стационара, изложены проблемы конкретных заболеваний.

ISBN 5-8249-0045-0

- © Пиковский Д.Л., 2001
- © Издательство «Триада-Х», 2001
- © Оформление — «Издательский дом «Успех», 2001

ISBN 5-8249-0045-0



9 785824 900453 >

*Chirurgus mente prius  
Et oculus agat quam armata manu.*

(Хирургу следует в первую очередь  
действовать умом и глазами,  
а потом уже руками).

Парацельс

## ОГЛАВЛЕНИЕ

От автора .....	8
Предисловие .....	9
<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	11
1. Хирургическая технология и врачебное мышление .....	11
2. Хирургия на распутье (С.П. Федоров) .....	14
<b>ЧАСТЬ I</b> .....	19
<b>Глава I. Прогресс хирургии</b> .....	19
<b>Глава II. Общая хирургия</b> .....	24
1. Пациент .....	27
2. Хирург .....	28
3. Риск операции .....	30
4. Анестезиология .....	33
5. Статистика .....	37
<b>Глава III. Ошибки в диагностике и лечении</b> .....	44
1. Ошибки при первичной операции .....	44
2. Ошибки диагностики .....	45
3. Ошибки, связанные с недостаточным обследованием .....	46
4. Ошибки в анестезии .....	47
5. Технические ошибки .....	48
6. Ятрогенные повреждения .....	50
7. Релaparотомия (РЛ) .....	54
<b>Глава IV. Медицинское образование</b> .....	59
1. Практические занятия и лекции по хирургии .....	62
2. Государственный экзамен .....	68
3. Начальная подготовка хирурга .....	71

<b>ЧАСТЬ II. Вопросы частной хирургии</b> .....	78
<b>Глава V. Организация экстренной хирургической помощи</b> .....	78
1. Перечень заболеваний, при которых оказывается экстренная хирургическая помощь .....	79
2. Дежурство в стационаре (сложившаяся схема) .....	80
3. Организация работы в операционной .....	82
3.1. Выбор времени оперативного вмешательства на дежурстве .....	83
<b>Глава VI. Травмы, тромбозы и эмболии, гнойная хирургия</b> .....	86
1. Первичная хирургическая обработка раны .....	86
2. Переломы трубчатых костей (по данным «Опыта ВОВ») .....	87
3. Иммобилизация при травмах (комментарий) .....	87
4. Травмы грудной клетки .....	90
5. Травма пищевода .....	92
6. Травмы живота .....	94
6.1. Открытая травма .....	94
6.2. Тупая травма .....	98
7. Эмболии и тромбозы .....	104
7.1. Эмболия легочной артерии .....	104
7.2. Тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов («инфаркт кишечника») .....	105
7.3. Тромбоз магистральных сосудов .....	107
7.4. Тромбоз сонных артерий .....	107
7.5. Острый тромбоз вен .....	107
8. Гнойная хирургия .....	108
<b>ЧАСТЬ III</b> .....	110
<b>Глава VII. Острый живот</b> .....	110
<b>Глава VIII. Острый аппендицит (ОА)</b> .....	114
1. Аппендикулярный инфильтрат .....	118
2. Хронический аппендицит .....	120
<b>Глава IX. Острый холецистит</b> .....	122
1. Терминология .....	122
2. Острый холецистопанкреатит .....	127

3. Острый холецистит с желтухой и желтуха без холецистита	129
4. Холецистит и печень	130
<b>Глава X. Желчная гипертензия</b>	<b>131</b>
1. Холедохолитиаз	132
2. Стеноз большого дуоденального сосочка (стеноз БДС)	132
3. Острый холангит	132
<b>Глава XI. Алгоритмы консервативного лечения приступа при различных формах острого холецистита</b>	<b>133</b>
1. Лечение простого острого холецистита	133
2. Лечение острого обтурационного холецистита	134
<b>Глава XII. Хирургическое лечение ЖКБ</b>	<b>136</b>
1. Факторы риска	136
2. Виды операций на высоте приступа	143
2.1. Терминология	143
2.2. Радикальные операции	148
2.2.1. Операционная холангиография (ОХгр)	149
2.3. Расширенные радикальные операции	155
2.3.1. Наружное дренирование	155
2.3.2. Холедоходуоденоанастомоз (ХДА)	156
2.3.3. Папиллосфинктеротомия (ПСТ) и эндоскопическая ПСТ (ЭПСТ)	157
2.4. Декомпрессионные операции при остром холецистите	159
2.4.1. Пункция	159
2.4.2. Идеальная холецистолитотомия (ИХЛТ)	160
<b>Глава XIII. Заболевания брюшной полости, сопровождающиеся ее острым воспалением (перитонит, панкреонекроз, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки)</b>	<b>163</b>
1. Перитонит	163
2. Панкреонекроз	168
2.1. Панкреатиты и двенадцатиперстная кишка	172
3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	176
<b>Глава XIV. Гастродуоденальное кровотечение</b>	<b>185</b>
1. Язвенное кровотечение	185

2. Кровотечение из вен пищевода и желудка при портальной гипертензии .....	187
2.1. Терминология .....	187
2.2. Классификация .....	187
2.3. Консервативное лечение .....	188
2.4. Хирургическое лечение .....	189

## **Глава XV. Ущемленные грыжи и острая кишечная непроходимость .....**

1. Ущемленные грыжи .....	193
1.1. Паховая грыжа .....	193
1.2. Бедренная грыжа .....	194
1.3. Пупочная грыжа .....	194
1.4. Грыжа диафрагмы и пищеводного отверстия .....	194
1.5. Общие замечания для любой ущемленной грыжи .....	195
2. Острая кишечная непроходимость (ОКН) .....	198
2.1. Терминология и классификация .....	198
2.2. Длительная декомпрессия кишечника (ДДК) .....	202
2.3. Инвагинация кишечника .....	203
2.4. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость на почве опухоли (ООН) .....	205

## **Глава XVI. Острые гинекологические заболевания .....**

1. Внематочная беременность (ВБ) .....	209
2. Перекрученная киста яичника .....	210

## **Глава XVII. Маски острого живота (псевдоабдоминальный синдром) .....**

1. Пневмония .....	211
2. Почечная колика .....	212
3. Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ) .....	213
4. Острый мезентериальный лимфаденит .....	214
5. Острые заболевания и обострения заболеваний печени, сопровождающиеся болевым приступом .....	215
6. Редкие заболевания брюшной полости .....	216
7. Инфаркт миокарда (ИМ) .....	219
8. Диабет .....	220

<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....</b>	<b>222</b>
-------------------------	------------



## ОТ АВТОРА

Мастерство хирурга иногда оценивают по его рукодействию. Но с тем же основанием можно оценивать мастерство дирижера симфонического оркестра!

Руки у этих специалистов являются инструментами для реализации творческого процесса, начинающегося задолго до места приложения (операционный стол, дирижерский пульт), продолжающегося во время его исполнения (операция, концерт) и не покидающего мастера во время всей его профессиональной жизни.

В этой книге я предпринял попытку изложить мыслительную часть деятельности хирурга, связанную с вопросами общего медицинского образования, становления хирурга как специалиста и тех рассуждений, которые возникают в момент соприкосновения с пациентом в рамках компетенции общего хирурга.

Общий хирург — специалист широкого профиля, но, главным образом, его практическая деятельность сосредоточена в пределах неотложной хирургии, которая в условиях современного городского или районного хирургического отделения занимает 70—80% «хирургической активности».

Именно в неотложной хирургии от специалиста требуется твердое усвоение системы принятия решения, что составляет наиболее ответственную часть деятельности хирурга и является предметом постоянных размышлений.

Это обстоятельство послужило мотивом для написания данной книги.

Пятидесятилетний опыт работы в экстренной хирургии и тридцатилетний опыт преподавания хирургии в медицинском институте дали мне возможность приводить клинические примеры и размышления не только из данных литературы, но и из собственных наблюдений.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В общественном мнении хирург — это специалист, который выполняет работу руками. Естественно, значительная часть деятельности хирурга связана с рукодействием, и в этом отношении она может быть отнесена к ремеслу. Действительно, многое в профессии хирурга является результатом овладения техническими навыками, качество которых определяет уровень квалификации.

Однако, еще со времен Парацельса, объявившего Хирурга самостоятельным специалистом, стало необходимым в каждом случае применения своего умения прилагать умственные усилия для принятия решений.

Когда хирургия из области наружных болезней перешла к лечению болезней внутренних, появилась необходимость в создании собственных концепций, взглядов, обоснованных мнений по тем или иным разделам медицины.

Технологическая революция в хирургии последних десятилетий затронула, прежде всего, наиболее сложные ее разделы — кардиохирургию, микрохирургию и трансплантологию. Общая хирургия, вне всякого сомнения, также оказалась в сфере технологического роста. Однако экстренная хирургия была затронута этим процессом в меньшей степени<sup>1</sup>. Важной особенностью экстренной хирургии является, главным образом, дефицит времени для принятия обоснованного решения. В этих случаях ущерб качества клинического мышления иногда не компенсируется технологическими возможностями. Высшей формой клинического мышления является опыт. Однако это слишком дорогой способ познания.

Медицинское образование предусматривает развитие у студента и молодого врача навыков клинического мышления, предвосхищающих опыт, однако исходной концепцией этого навыка являлось исключительно причинно-следственное мышление с ответом на вопросы: «Как?» и «Почему?».

К сожалению, за все последние 80 лет в наших институтах не использовалась та часть клинического мышления, которая отвечает на вопрос: «Зачем?». Этот вопрос вытекает из целевого анализа конк-

---

<sup>1</sup> Основная часть экстренной хирургической помощи в РФ оказывается в огромном количестве районных и небольших городских больниц, в которых необходимое технологическое оснащение далеко не полное, а стандартизация применения носит ограниченный характер

ретных ситуаций, который является составной частью телеологического мышления.

Многие устоявшиеся концепции в хирургии при их целевом рассмотрении оказываются небезупречными в оценке их практических результатов; с другой стороны, в ряде спорных вопросов выявляются новые факты, дающие логический ответ при постановке вопроса: «Зачем?».

В предлагаемой книге делается попытка рассмотрения сложных вопросов экстренной хирургии как с точки зрения традиционного клинического мышления с ответом на вопросы: «Как?» и «Почему?», так и с добавлением к нему целевого (телеологического) анализа с ответом на вопрос: «Зачем?». Абсолютным приоритетом является не столько технологическое совершенство, сколько решение вопросов с применением полноценного клинического мышления.

Книга состоит из трех частей: в первой — обсуждаются общие вопросы хирургии; большая часть посвящена высшему медицинскому образованию и обучению хирургии; во второй части рассмотрены вопросы организации работы хирургической бригады стационара; в третьей части — излагаются проблемы конкретных заболеваний.

Основное место занимают заболевания, которые согласно регламенту госпитализируются в общехирургические отделения (травмы и заболевания грудной и брюшной полостей). В меньшей степени освещены гнойная хирургия и травмы (кроме черепной), с которыми приходится иметь дело общему хирургу, особенно в небольших районных больницах.

В большинстве хирургических стационаров России работают так называемые общие хирурги, объем компетенции которых включает хирургию брюшной полости, хирургию грудной полости (без кардиологии и пульмонологии), травмы брюшной и грудной полостей, а также гнойную хирургию.

Подавляющее большинство операций общие хирурги производят в связи с экстренной ситуацией, следовательно, общий хирург — это главным образом специалист по экстренной хирургии.

Особое внимание уделено тем разделам хирургии, которые в настоящее время являются приоритетными (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит и др.).

Полагаю, что молодым хирургам чтение книги окажется интересным и полезным, а опытный хирург сопоставит изложенное в книге со своими размышлениями по разным разделам и спорным вопросам.

## ВВЕДЕНИЕ

### 1. Хирургическая технология и врачебное мышление

Буквальный перевод с греческого слова «Хирургия» звучит так: cheir — рука + ergon — работа, действие; иначе говоря: рукодействие. Семантическая история этого термина теряется в веках, ведь рукодействием всегда занимались ремесленники всех специальностей, но никогда никто не относил к клану хирургов столяров, маляров, каменщиков и т.п. Можно предполагать, что слово «Хирург» придумали дипломированные (или признанные) лекари в качестве пренебрежительного термина, обозначающего обученного ремесленника, способного выполнить назначение врача (клизир, кровопускание, горчичники, пиявки, даже вскрытие гнойника и т.п.).

В истории древности отмечены великие философы (Анаксагор, Платон, Аристотель, Сократ и др.), великие писатели — поэты (Гомер, Лукреций Кар и др.), скульпторы (Фидий, Пракситель и др.), а также врачи (Гиппократ, Гален, Цельс и др.). Однако история не обозначила ни одного выдающегося хирурга, ибо на протяжении столетий хирургия не являлась творческой профессией, а была только ремеслом, носителем которого владел набором некоторых навыков для исполнения указаний врача.

Удивительно, как стойко держался статус хирургов на протяжении как минимум 1500 лет, вплоть до эпохи Возрождения!

Зримым концом такого положения и началом нового этапа следует обозначить появление выдающегося представителя медицинского сословия Парацельса (Paracelsus). Настоящее имя: Филлип Ауреол Теофраст Бомбаст.

Его взгляды на место хирурга в иерархии медицины резко отличались от более ранних взглядов. Он считал хирургию по важности равной терапии, а себя называл «доктором обеих медицин».

Несмотря на некоторые (в основном технологические) успехи последующих трех веков в лечении «наружных болезней» (переломы, раны, опухоли) и единичных попыток хирургического лечения «внутренних болезней» (например, Ж. Луи Пти), а также создания в 1731 г. Французской Королевской Академии Хирургии, покончившей с подчиненным положением хирургов, все же хирургическая специальность в своем развитии топталась на месте и ничем не отличалась от традиционного врачебного невежества Европейских врачей XVII—XVIII веков.

Удивительно точно воспроизведен уровень этого невежества в знаменитом плутовском романе Р. Лесажа — «История Жиль Блаза из Сантильяны».

Первый технологический прорыв в развитии хирургии случился в середине XIX века, когда 1846 и 1847 годы явились началом внедрения наркоза. Хотя наркоз эфиром впервые применил В. Кларк и Ц. Лонг в 1842, все же именно после работ У. Мортон (1846) и Симпсона (1847) можно начать отсчет развития хирургии как самостоятельного раздела медицины со все нарастающим темпом и сокращением эпохальных этапов.

Начиная с середины XIX века и вплоть до начала XX века открытия в медицине, следовавшие сплошным потоком (Р. Вирхов — клеточная патология; Р. Кох, Л. Пастер — микробиология; И. Земмельвейс, Дж. Листер — антисептика; Э. Бергманн, К. Шиммельбуш — асептика; Т. Билльрот, Н. Пирогов — хирургическая техника и многие другие), изменили не только статус хирургов, но и их мышление.

К концу XIX и началу XX века хирургия начала энергичное наступление на прерогативы терапевтов. Знаменитый хирург П.А. Герцен славился среди учеников своими афористическими заявлениями. Так, примерно, в 1939 г. (после избрания его членом-корреспондентом АН СССР) он охарактеризовал хирургию как исключительно прогрессивную науку, которая «...захватывает все новые отделы медицины; даже такие твердыни интернистов, как селезенка и печень...»<sup>1</sup>.

Наркоз, антисептика, асептика открыли необыкновенные возможности перед радикальной хирургией — холецистэктомия, резекция желудка по поводу рака и язвы, сосудистый шов, резекция легких, первые операции на сердце и многие другие вмешательства создали особый климат «хирургической вседозволенности».

К двадцатым годам XX столетия излечивающий нож хирурга проник во все отделы человеческого тела, в том числе в самые интимные — мозг, эндокринные железы, периферическую нервную систему... Все тот же Петр Александрович Герцен заметил: «Хирургия достигла совершенства — хирург может удалить все, даже печень..., но, к сожалению, человек этого не выдерживает».

Хирург может удалить все.... Эта формула явилась как бы визитной карточкой указанного времени.

В конце XIX и в начале XX века в Европе и Америке возникли великие хирургические школы, возглавляемые знаменитыми хирургами: Т. Билльрот, Т. Кохер, А. Бир, В. Керте, Э. Бергманн, Г. Кер, С.П. Федоров, Ф. Зауэрбрух, Г. Габерер, Ц. Ру, Н.В. Склифосовский, П.А. Герцен, А.В. Мартынов, С.И. Спасокукоцкий, А.В. Вишневский — в Европе; В. Мейо, Д. Крайль — в Америке и многие другие.

---

<sup>1</sup> Из лекции ученика П.А. Герцена профессора Горьковского Медицинского Института Е.Л. Березова (1946 г.).

Значительно улучшилась хирургическая техника, связанная со специализацией и организацией хирургической работы. Выделялись в этом отношении ряд американских клиник, впрочем, не нашедшие в то время последователей.

Изумление вызывала клиника Д. Крайля своими результатами операций на шее. Руководитель клиники организовал работу следующим образом: 12-этажный госпиталь имел по центру великолепно оборудованную лифт-операционную, которая перемещалась по вертикали. К моменту подхода лифта на намеченный этаж помощники подготавливали Крайлю больного (речь идет о струмэктомии). Шеф производил наиболее сложную часть операции, например, перевязку сосудов, и переезжал на следующий этаж с той же программой. Таким образом, количество операций в день исчислялось десятками. Ошибки, благодаря мастерству, были чрезвычайно редки, а летальность была почти на порядок ниже, чем в общехирургических клиниках<sup>1</sup>.

Особую роль в истории хирургии начала XX века сыграла клиника братьев Мейо. С истинно американским размахом они развернули огромный многоплановый госпиталь в Рочестере, где производились тысячи разнообразных операций ежегодно. Статистика клиники Мейо стояла особняком, и все остальные хирурги избегали сравнивать свои данные с цифрами Мейо.

Других примеров, аналогичных Д. Крайлю и В. Мейо ни в Америке, ни в Европе не последовало.

Говоря современным языком, братья Уильям и Чарльз Мейо создали не имеющий аналогов ни до них, ни после Холдинг с комплексом учебных и лечебных заведений — клиники Мейо с высшей медицинской школой, институтом усовершенствования врачей, многочисленными научно-исследовательскими медицинскими институтами, госпиталями, гостиницами, библиотеками и т.д.

Количество клинических наблюдений и число апробированных операций создали определенный хирургический эталон: оценка клиники Мейо принималась хирургами как истина в последней инстанции.

Великие достижения конца XIX и начала XX века были вскоре востребованы первой четырехлетней мировой войной, а в России — и дополнительной трехлетней гражданской войной.

Разнообразие ранений — от головы до кончиков пальцев — привели к освоению вмешательств на всех органах человека. По сути,

---

<sup>1</sup> На протяжении последующих десятилетий практически повторить метод Крайля общим хирургам не удалось. Отдельные заимствования были: если С.П. Федоров производил операцию полностью (от разреза до последнего шва), то в 50-е и последующие годы во многих крупных клиниках подготовительную часть операции проводили помощники, а затем в начале сложной части включался шеф. Наиболее полно метод Крайля применил С. Федоров в виде конвейерной операции «Ромашка» в институте микрохирургии глаза в Москве.

к 20-м годам техническое оснащение хирургии завершилось. Пришло убеждение, что хирургическим методом с помощью скальпеля можно решить множество проблем.

Известный американский писатель Синклер Льюис в романе «Эроусмит» с большой художественной силой показал результат такого хирургического авантюризма: возникли «теории» превентивного удаления миндалин и червеобразного отростка в целях профилактики ангины и аппендицита; неврэктомии шейного симпатического узла для лечения болезни Рено; эпинефрэктомия для лечения спонтанной гангрены и эпилепсии; различные подсадки эндокринных органов для продления половой состоятельности и ряд других оперативных вмешательств, получивших нулевой или отрицательный результат.

Постепенно выяснилось, что полупрезрительная кличка хирургов «резака» справедлива лишь в той части, которая касается ножа, ножниц и швов.

С помощью многих смежных наук хирургия стала наукой в строгом смысле слова и нуждалась в идеологическом развитии.

Главным недостатком хирургии как самостоятельного раздела медицины являлось отсутствие центральной идеи. опередив в своем поступательном развитии многие другие специальности, хирургия застряла на достигнутом уровне «механического лечения» и «механического мышления».

Поступательное движение хирургии как бы остановилось, и ее дальнейшее развитие для умнейших хирургов не было очевидным, и у многих породило пессимизм.

Рассматривая послевоенный период 20-х годов XX столетия, можно констатировать, что он характеризуется превалированием, может быть, усовершенствованием механического мышления.

Это привело к дискуссии мирового масштаба, в которой приняли участие В. Мейо, немецкие хирурги Г. Лик, Ф. Зауэрбрух, А. Бир, а также великий русский хирург С.П. Федоров.

## 2. Хирургия на распутье (С.П. Федоров)

В журнале Новый хирургический актив (т. X, кн. 1, 1926, с. 16—23) С.П. Федоров опубликовал статью «Хирургия на распутье», которая наделала много шума в хирургических кругах, вызвала дискуссию в СССР и ответную статью — оппоненцию К.В. Волкова. С.П. Федоров в своей статье по сути дела поддержал публикацию Ф. Зауэрбруха — одного из ведущих хирургов Германии — о тенденциях хирургии 20-х годов. В процессе дальнейшего изложения мы неоднократно будем возвращаться к этой статье, ибо она дала начало «Хирургической философии XX века».

С.П. Федоров: «Хирургия горда своими успехами. Но еще более горды сами хирурги, особенно молодые, которые продолжают верить в обособленность и всемогущество хирургии». Автор приводит при-

меры многих «заблужденческих» операций, отмеченных чисто механическим подходом («превентивные» операции, вмешательства на вегетативной нервной системе, пересадки эндокринных органов и т.д.). «А гастроптозы, колоптозы и прочие птозы.... Но если это до известной степени даже возможно, то спрашивается — нужно ли это (?). Лечение птозов — один из ложных путей, по которому идет хирургия».

Статья С.П. Федорова наполнена сарказмом. Приводится диалог из романа М. Дюплэ «Nos mediciens» между учеником — восторженным поклонником успехов хирургии и учителем. В конце беседы учитель говорит: «В стремлении своем лучше лечить людей один или два века спустя не «зарезывайте» своих современников».

С.П. Федоров ссылается на Р. Лериша, который подчеркивает эмпиричность развития современной им обоим хирургии.

В статье есть замечания, актуальные и для нашего времени. «Эпитеты, присваиваемые хирургам: артист, виртуоз или «джигит». Я же думаю, что темперамент, особенно в избытке, скорее вреден для хирурга и хирургии» (с. 15).

«Кроме того, в хирургии есть мода».

Сильно подмечено! Актуально и в наше время: как только появляется публикация о новом, начинается гонка разных авторов и учреждений на предмет преобладания количеством.

Так, например, получилось с ваготомией, гемирезекцией желудка при язве, невротомией и папиллотомией при хроническом панкреатите, примитивном диализе при перитонитах и др.

Особенной критике С.П. Федоров подверг пересадки эндокринных желез «по методу Воронова».

«Наши Вороновы» говорят, что, не имея яиц обезьяньих, получают результаты не худшие от пересадки бараньих яиц» (с. 16).

«И еще много в нашей хирургии таких темпераментных, эмпирических и модных увлечений, которые все время мешают ей стать действительной наукой» (с. 16).

Цитируется Ф. Зауэрбрух: «XIX век был расцветом медицинской науки, таким, который знала только старая Греция и Александрия... и так же, как тогда после блестящих успехов наступили годы истощения, утомления, бедности; так и теперь... следует период покоя и утомления: нет больше новых целей, и все возвращается в установленных рамках прошлого» (с. 18).

С.П. Федоров ищет причины такого застоя и одной из них считает ситуации в хирургических обществах.

«И опять-таки прав Зауэрбрух, говоря, что Общества забыли свои задачи, «в них слишком много слушают и мало критикуют» (с. 22).

По мнению С.П. Федорова — «Хирургия не может быть самостоятельной наукой» (с. 17), «Все высокопарные фразы... хирургов не убедят меня в том, что хирургия самостоятельно выйдет на новые пути» (с. 19).



Безрадостные прогнозы С.П. Федорова сильно взволновали как общих хирургов, так и хирургов смежных областей.

В том же Н.Х.А. (т. XI, кн. 4, 1927, с. 503) появилась публикация К.В. Волкова<sup>1</sup> «Хирургия в пути», которая явилась оптимистическим ответом на статью С.П. Федорова.

К.В. Волков:

1. «Куда идет хирургия? Правильны ли ее пути? Каковы пределы ее научной и практической компетенции? Где ее научная база?».
2. «Как бы ни относиться к высказанным С.П. Федоровым взглядам, все мы — и сторонники, и противники — должны быть глубоко благодарны автору статьи «Хирургия на распутье» за то, что он силой своего ума и слова повернул нас лицом к самим себе и заставил философски задуматься над общим смыслом нашей научной и практической работы».
3. «Вот стоит она, связанная по рукам и ногам, на старых основах, обремененная ложными путями и упрямством идущих по ним, темпераментом и легкомыслием ее молодых адептов, неумением, может быть, зрелого поколения ввести в русло этот молодой поток и сотнями тысяч пудов печатной бумаги. Да, стоит она, как древний русский витязь на перекрестке дорог и оглядывается на свое блестящее прошлое...»

«Скоро ли выйдет она на новый истинный и славный путь?»

«Она вынуждена жизнью, которая в одно ухо нашептывает, что совершенно прав Мейо, определяющий хирургию, как одну из форм механического лечения, а в другое ухо — что столько же справедливы протесты Лика и Зауэрбруха против механического мышления у хирургов».

Будущее хирургии в интеграции с другими науками. К.В. Волков приводит цитату из К. Бернара: «Цель всякой науки ... предвидеть и действовать».

Если измерять прогнозы столетиями, то окажется, что С.П. Федоров ошибся не в развитии хирургии как таковой, а в интегрировании хирургической науки в общемировую науку. К.В. Волков был более оптимистичным.

В 1922 г. выдающийся немецкий хирург А. Бир опубликовал статью «О способах медицинского рассмотрения, в частности о механи-

---

<sup>1</sup> К.В. Волков — выдающаяся фигура в российской и советской хирургии. Будучи уездным хирургом в небольших городах, он, тем не менее, был известным общественным деятелем — общался с Л.Н. Толстым, А.П. Чеховым, А.М. Горьким, А.И. Куприным, В.Г. Короленко. Начиная с 1911 и вплоть до своей кончины в 1938 г. работал хирургом в г. Ядрине Чувашской ССР. Именно там он написал 24 из 84 научных работ, в т.ч. «Хирургия в пути». Будучи последовательным марксистом-диалектиком, он видел развитие природы, общества и хирургии, в том числе с позиций диалектики; он считал, что застой в хирургии — это этап, который будет преодолен.

ческом и телеологическом». Оценивая значение этой статьи, видный австрийский ученый Г. Глязер в книге «О мышлении в медицине» (М., 1969) выделял статью А. Бира, как эталон врачебного мышления. Будучи противником механистического прагматизма, А. Бир пришел к выводу, что в хирургии врачебное мышление должно базироваться на целевом телеологическом принципе: «Зачем?».

С.П. Федоров, наблюдая шараханье хирургии от одной новинки к другой, вопрошал: «Зачем?».

Все-таки Лик, Зауэрбрух, Бир, Федоров были правы в том, что состояние хирургии в 20-х годах XX века характеризовалось застоєм и шатанием. Эти знаменитые хирурги констатировали состояние современной им хирургии.

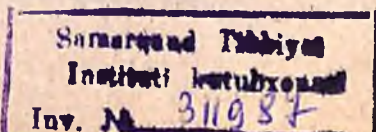
К.В. Волков не опровергает С.П. Федорова, он лишь отстаивает право хирургии на прогресс, что в принципе оказалось правильным.

В.Н. Шамов в статье, посвященной 40-летию практической и научной деятельности С.П. Федорова (Юбилейный сборник, ж. «Советская хирургия», т. V, вып. 1—3, М.-Л., 1933, с. 9—23) пронизательно заметил, что «...вступление С.П. Федорова на сцену хирургической деятельности как раз совпало со временем того совершенно бурного подъема в развитии хирургической специальности, который начался в ней после открытия Пастера и Листера» (с. 9) и что «... более спокойный анализ накопившегося ... огромного материала ... показывает ... что «блестящие успехи хирургии» оказываются далеко не всегда таковыми для больных». «В результате создается невольное впечатление, что все технические возможности хирургического метода лечения доходят до границы своего развития и что сама проблема разрешения патологических состояний организма хирургическим ножом оказывается далеко не так проста...» (с. 22).

Тревога С.П. Федорова имеет прямую направленность к пациенту. Его идеи четко коррелируют с постановкой вопроса А. Бира: когда хирург решается на операцию, он должен для себя (и, конечно же, для пациента) решить главное — «Зачем?». Хирург должен четко владеть целевым рассмотрением проблем, т.е. элементами телеологии, и тогда исчезнут многочисленные модные операции с неясным прогнозом и опасными осложнениями.

В.Н. Шамов пишет, что критика «... во многом сурово разбила статью Федорова» (с. 22) и современникам казалось, что главный его критик К.В. Волков именно и нанес основной удар автору «Хирургии на распутье» своим оптимистическим прогнозом. Но история последующих 75-ти лет показала, что, в конце концов, хирургия, пройдя через «волны и барханы» чисто механических подъемов, оказалась в русле спокойного течения на основе выдающихся достижений смежных наук и прагматических идей.

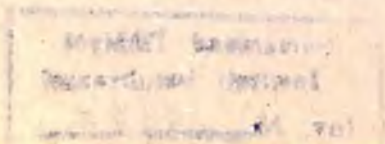
Скорее всего, многие «капитаны» хирургии — современники С.П. Федорова — не полностью уяснили предостерегающую часть статьи, и



последующие 10—15 лет ознаменовались в основном продолжением «накопления материала» и совершенствованием техники оперативных вмешательств.

Телеологическое врачебное мышление не овладело хирургами ни в практической, ни в научной деятельности.

Рассматривая хирургическое мышление 30-х годов, мы улавливаем противоречия другого сорта: опираясь на базу технических достижений 20-х годов, хирурги стали двигаться в сторону радикализации хирургических вмешательств. Особенно наглядно это видно на примере обсуждения хирургического лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) на XXIV съезде советских хирургов. На этом съезде сторонники паллиативной гастроэнтеростомии были повержены, и в течение почти 30 лет о паллиативных операциях при язвенной болезни хирургическая печать полностью безмолвствовала, ... но ... в хирургическом мышлении всегда присутствовал элемент эмпиризма и моды, и вот в 60-е годы вновь появились идеи паллиативных операций.



## ЧАСТЬ I

### Глава I. Прогресс хирургии

Возможно, хирургия еще долго пребывала бы в рамках застоя и эмпиризма, но ... вмешалась Вторая мировая война. Война, конечно же, бедствие для всех народов — и побежденных и победителей. Но именно в длительных и бедственных ситуациях, какими являются войны, с нарастающим количеством поражающего оружия и числа раненых, медицина и особенно хирургия вынуждены соответствовать гибельной ситуации. Именно хирургия противопоставила наращиванию убойной силе оружия восстановление боеспособности людей.

Естественным развитием «механической» хирургии явилась Вторая мировая война с ее миллионами раненых.

Мобилизованные на войну врачи, как строгие профессионалы, так и молодые хирурги<sup>1</sup>, а также врачи (не имевшие отношения к хирургии) в короткие сроки практически освоили научные разработки предвоенного времени, о чем свидетельствует опыт Великой Отечественной войны.

Именно в течение 4-х военных лет фундаментально оформились учения о шоке, реанимации, местной анестезии, грудной хирургии, травматологии, в том числе лечение глухой гипсовой повязкой, переливания крови, кровезаменителей и многое другое. Операции, исполняемые в единичных случаях (например, на легких в крупнейших клиниках), в медсанбатах и госпиталях тиражировались тысячами.

---

<sup>1</sup> Мне пришлось наблюдать становление молодых хирургов в июле 1941 г. в дивизионном медсанбате: единственным стажированным хирургом был старший хирург Чумак, бывший зав. Хирургическим отделением в г. Сумы. Следующим по квалификации считался д-р Кричевский, у которого хирургический стаж исчислялся одним годом в стационаре, и, наконец, д-р Василенко со стажем — 1 год хирурга в поликлинике! Остальные хирурги (девушки — выпускники 1940 и 1941 годов) раньше никогда за операционным столом не стояли.

Необыкновенный рост хирургического опыта, связанный со специализацией, можно было наблюдать уже через год-полтора.

В марте 1943 г. я попал в специализированный госпиталь «конечности» в отделение «голень»; меня потрясла мельчайшая детализация анатомии и патологии повреждений голени, разработанная врачами отделения и иллюстрированная альбомами, схемами и рисунками.

Установился мировой опыт анестезиологии, усовершенствовались специальная аппаратура (например, аппарат Зауэрбруха для анестезии с повышенным внутрилегочным давлением, что оказало решающее влияние на развитие легочной и сердечной хирургии).

Именно в послевоенные годы начали проводиться операции с управляемым дыханием, поддержанием искусственного кровообращения, операции на сердце, крупных сосудах.

Особенностью послевоенной хирургии явилось необычайно быстрое распространение выдающихся достижений какого-либо медицинского учреждения или центра, благодаря нарастающим контактам хирургов на национальных и международных Форумах.

Особенно преуспели специалисты грудной хирургии. Операции по устранению пневмоторакса, повреждения легких, пищевода, средостения и даже сердца, во-первых, стимулировали разработку анестезиологической аппаратуры, а, во-вторых, хирурги на практике убедились в доступности плевральных полостей и органов средостения, включая сердце, для хирургических манипуляций на них.

Случилась одна из тех странностей медицины, когда эмпирические достижения опережают теорию и стимулируют научный поиск (классический пример: противооспенная вакцина Дженнера, путешествия Дарвина, открытие Рентгена, открытие пенициллина Флемингом и др.).

Во время войны мышление хирургов обратилось к грудной клетке.

На базе анестезиологической аппаратуры (правда, советская хирургия до 50-х годов такой аппаратуры не имела и пользовалась местной анестезией) появились реальные идеи «рутинизации» операций на грудном отделе пищевода (в СССР: В.И. Казанский, Б.В. Петровский, Е.Л. Березов), резекции легких (в СССР: П.А. Куприянов, Ф.М. Углов, А.Н. Бакулев, В.Н. Шамоу, Л.К. Богуш, И.С. Колесников, Н.М. Амосов, Б.А. Королев), операции на сердце (А.Н. Бакулев, М.Н. Амосов, В.И. Бураковский, Б.А. Королев и др.).

Следует отметить, что первые резекции пищевода производили и до Первой мировой войны (Ф. Торек, 1913 г.), резекция легких выполнена в 1933 г. Р. Ниссеном (в СССР Б.Э. Линбергом, С.И. Спасокукоцким), митральная комиссуротомия Суттаром в 1925 г.

Тем не менее, реальное развитие грудной хирургии (пищевода, легких, сердца) приходится на конец 40-х годов и особенно на 50-е годы.

Именно военный опыт с доступом к органам грудной полости в сочетании с успехами анестезиологии (аппаратура с эндотрахеальным наркозом и управляемым дыханием), антибиотикотерапии, широкое освоение переливания крови и кровезаменителей обеспечили относительную безопасность вторжения в грудную полость.

Грудная хирургия (ГХ) стала элитарным разделом хирургии 50—60-х годов: были созданы институты грудной хирургии, отделе-

ния грудной хирургии со специальными штатами, создан журнал грудной хирургии, затем стараниями Министра здравоохранения СССР академика Б.В. Петровского из числа отделений грудной хирургии были выделены кардиологические отделения областных больниц с еще большим количеством штатов и специальными отделениями реанимации при них. Хирургия 50—60-х годов четко характеризуется приоритетом грудной хирургии: ведущие хирурги многих стран (СССР в том числе) пытаются войти в «клуб» грудной хирургии, а затем кардиохирургии.

В это время в Москве на базе института хирургии им. Бакулева создается институт сердечно-сосудистой хирургии, а на базе клиник Б.В. Петровского, А.А. Вишневого — центры хирургии с уклоном в кардиохирургию.

Аналогичный институт создается в Киеве (Н.Н. Амосов) и в столицах других союзных республик (Ереван, Тбилиси, Рига, Алма-Ата) появляются мощные кардиохирургические центры (Ленинград, Горький).

Казалось бы, общая хирургия понесла явный урон: в огромном большинстве клиник и больниц особого прогресса в хирургии брюшной полости не ощущается. Однако пришедшая из Западной Европы ваготомия при язвенной болезни вновь напомнит об очередном зигзаге хирургического мышления развернувшейся дискуссией вокруг этой операции. Заметные стимулы приобрели хирургия холецистита, желчнокаменной болезни и патологии желчных путей особенно после VI Пленума Правления Всесоюзного общества хирургов в 1956 г. и тематической конференции 1968 г. в Калининграде.

Настоящим технологическим прорывом в 70—80-е годы оказалось появление эндоскопической и ультразвуковой диагностической аппаратуры и начало эндоскопических операций.

Особенный подъем хирургии обозначился в 1965 г., когда К. Барнард произвел успешную пересадку сердца.

Оглушительная сенсация сразу повлекла за собой дискуссию, в которой актуальную роль играли религия, юриспруденция, вся медицина и, конечно же, хирургия. Отношение к идее было неоднозначным, многое в ней подвергалось критике. Особую нишу в скептицизме заняла советская медицина: министр здравоохранения Б.В. Петровский издал декрет о запрете пересадки сердца. Этот запрет носил столь категорический характер, что академик А.А. Вишневский произвел пересадку сердца в качестве главного хирурга Советской Армии, не подчиненного Минздраву СССР. Если бы эта пересадка оказалась удачной, то вряд ли Петровский сохранил должность министра.

Всякая практическая работа в этом направлении была остановлена, несмотря на создание специального института трансплантации в Москве, который длительное время ограничивался пересадкой почки.

А между тем, в мире (в основном в США, Франции, Бельгии и некоторых других странах Европы) несмотря на препоны и дороговизну

пересадка сердца применялась все шире. Организовались большие центры трансплантации (Starls в США, Bismut в Европе), где вслед за сердцем стали пересаживать печень, доведя число ее пересадок до 6—7 тысяч в год.

В 70—80-е годы главной хирургической идеей времени стала пересадка органов. Она явилась не сразу вслед за пересадкой сердца Барнардом; за несколько лет до этого (1957) начались работы по пересадке почки, повлекшие за собой усиление работ в смежных областях (иммунология, биохимия, химия шовного материала, реанимация), развитие которых в стремительном темпе подготовило основы пересадки сердца и печени...

Когда С.П. Федоров писал свою статью «Хирургия на распутье», он как раз имел в виду необходимость опережающего развития основополагающих наук, на которые опиралась бы хирургия. По мнению С.П. Федорова, Зауэрбруха, Лика и их единомышленников хирургия самостоятельно не может выбраться из полосы застоя.

И С.П. Федоров и К.В. Волков свои статьи заканчивают вопросом: «Когда же наступит вождеденное время твердой опоры хирургии на научную основу?».

Сейчас мы можем определенно сказать, что развитие хирургии совпадает с общим развитием науки и технологии. Когда в 1953 г. Н. Виннер опубликовал свою книгу «Кибернетика», хирургия еще не полностью разобралась с опытом Второй мировой войны, хотя переливание крови, антибиотики, хирургия легких начали широко распространяться.

Можно определенно утверждать, что сильнейшим стимулом развития базовых наук явилось широкое распространение набирающей темпы кардиохирургии. Это приходится на 50-е годы, когда и в Советском Союзе появились первые операции на сердце.

Но еще более мощным толчком к опережающему развитию базовых наук и хирургии явилась операция К. Барнарда по пересадке сердца в 1965г.

Пожалуй, этими этапами мы можем датировать ответ на вопрос С.П. Федорова и К.В. Волкова: «Когда?». Время позитивного ответа находится в отрезке 1953—1965 гг., то есть, примерно, через 30 лет после заданного вопроса.

С привилегированной высоты современности мы видим развитие хирургии в 30-летие (1925—1955), закончившееся первыми шагами кардиохирургии, и неуклонное поступательное движение в следующие 30 лет (1956—1986), ознаменовавшиеся мощным рывком общей науки и хирургии.

Только от перечисления этих достижений захватывает дух. Кибернетика, ставшая основой любой науки и любой деятельности вообще; космонавтика с ее тонкой технологией; конечно же «приручение» ядерной энергии, которая от неконтролируемого взрыва (1945) воп-

лотилась в сотни ядерных электростанций. В медицине: компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, ультразвуковая диагностика, лазерная технология, эндоскопия и эндоскопические операции, генетика и генная инженерия и, наконец, клонирование целого организма из единственной материнской клетки.

На основе этих научных достижений появилось понятие «хирургическая технология», которое явилось практическим воплощением научных достижений.

«Технологический» период хирургии продолжается и в настоящее время — последние 15 лет последнего столетия второго тысячелетия.

Этот период наряду с окончанием предыдущего тридцатилетия характеризуется высокодифференцированной специализацией хирургии.

Практически выделилась из общей хирургии кардиохирургия. Сформировались специальные институты и клиники. Их практическая ценность доказана числом операций, непосредственными и отдаленными результатами. Особенно впечатляют многотысячные операции аортокоронарного шунтирования с минимальной летальностью.

Определились центры трансплантации (почек, сердца, печени, поджелудочной железы, эндокринных органов) с наращиванием количества пересадок сердца и печени...

В Советском Союзе и России случилось то же, что в свое время произошло с кибернетикой и генетикой: запрет, застой, разгон и, как следствие, безнадежное отставание.

Представляется, что запреты эти базировались не только на идеологической платформе, но и на... отсутствии финансов. И это не удивительно: в «благословенный» период противостояния «Восток-Запад» с берлинской стеной и «кузькиной матерью», когда скудный бюджет, хотя и не убегал за границу, но на 50% уходил в военное ведомство, найти деньги на трансплантации (первые пересадки печени стоили до 250 тыс. долларов) не было никакой возможности<sup>1</sup>.

Наряду с фантастическим ростом достижений кардиохирургии и трансплантации, определенными успехами отличилась и общая хирургия.

В последние 15—20 лет в значительной степени изменилось мышление общих хирургов.

---

<sup>1</sup> Да и в настоящее время Минздрав выделяет средства персонально на считанное количество пересадок.



## Глава II. Общая хирургия

Прежде чем остановиться на этой проблеме, следует определиться в термине **общая хирургия**: К сожалению, в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» нет четкого определения понятия «общая хирургия».

В 1973 г. в США состоялся Международный конгресс на тему: «Что такое общая хирургия». Оказалось, что такого определения в историческом аспекте нет. Было время, когда хирургия существовала как таковая без всяческих различий по органам или системам<sup>1</sup>.

Имея большой опыт в разных разделах хирургии, С.П. Федоров с сожалением и скепсисом отнесся к начавшейся в начале XX века все более суживающейся специализации. При всем своем уме и практическом опыте С.П. Федоров **ошибся** в оценке результатов специализации хирургии.

Достаточно привести такие разделы хирургии, как нейрохирургия, урология, кардиохирургия, трансплантация, пластическая, челюстно-лицевая и другие. В настоящее время хирурги перечисленных специальностей не касаются каких-либо других областей: постоянное углубление знаний и умений в избранном разделе хирургии не оставляет времени для других занятий. Приведу пример известного хирурга, моего учителя Бориса Алексеевича Королева. В период 40—60-х годов он с одинаковым блеском и хорошими результатами оперировал на шее, грудной клетке, животе, конечностях.

В семидесятые годы, возглавив созданный центр кардиохирургии, он полностью перешел на оперативное лечение врожденных и приобретенных пороков сердца и достиг на этом поприще выдающихся успехов.

Участники конгресса по теме «Общая хирургия» констатировали, что хирургия разделилась на множество отраслей, и настало время, когда не только хирурги-окулисты, отоларингологи, но и хирурги новейших специальностей (нейрохирурги, кардиохирурги, травматологи-ортопеды, пластические, челюстно-лицевые хирурги, не говоря уже о хирургах-трансплантологах) не заглядывают не только в операционные соседней, но и в книги смежных специальностей.

Пытаясь выяснить, что же осталось в **общей** хирургии, участники конгресса назвали в первую очередь **экстренную и плановую хирургию брюшной полости, хирургию пищевода, экстренную сосудистую хирургию**.

---

<sup>1</sup> Например, Т. Бильрот произвел первую резекцию желудка по поводу рака и ... первую экстирпацию матки. С.П. Федоров в начале профессорской деятельности серьезно занимался черепно-мозговой хирургией, затем весьма успешно урологией и одновременно гепатобилиарной и желудочной хирургией.

В отличие от **общей** хирургии все остальные специфические разделы называют **специализированной** хирургией. Мышление современного пациента складывается из полученного систематического образования, информации из прессы, радио, телевидения, интернета и... «уличной» информации. Из всего этого многообразия информации пациент делает заключение: оперироваться лучше в специализированном учреждении.

Однако основное количество операций в любом городе производится в обычных хирургических отделениях, занимающихся деятельностью в пределах **общей хирургии**. Поэтому в изложении общих для всех разделов хирургии вопросов (таких, как врачебное мышление, вопросы медицинской морали, выбор метода лечения, подготовка к операции, оценка риска, осложнения, рецидивы и повторные операции, ошибки в хирургической практике, статистика ближайших и отдаленных результатов) основа наших рассуждений и примеры из практики будут исходить из общей хирургии. Особый раздел будет посвящен медицинскому образованию и обучению хирургии (именно общей хирургии).

В **общей** хирургии имелись свои успехи.

Существенные коррективы на результаты хирургического лечения заболеваний, входящих в компетенцию общих хирургов, внесли, во-первых, изобретение и внедрение диагностических методов, ультразвуковой и эндоскопической аппаратуры, компьютерной рентгеномографии и ядерно-магнитного резонанса; во-вторых, разработка аппаратуры для эндоскопических операций. Результаты эндоскопических операций оказались настолько малотравматичными, что информация о резком снижении летальности стала достоянием не только хирургов, врачей других специальностей, но и пациентов.

Можно сказать, что пациенты, как правило, предпочитают, в тех случаях, когда это возможно, малотравматичную и менее рискованную эндоскопическую операцию.

Мышление последних десятилетий под воздействием успехов **новых хирургических технологий** склоняет хирургов к малотравматичным, может быть и не столь радикальным, вмешательствам. В отличие от предыдущего периода многие хирурги отвергают радикализм (речь не идет об онкологии), если при этом увеличивается риск операции.

Существуют ли хирургические вмешательства без риска? Даже самые незначительные вмешательства несут в себе риск, возможно, в самой малой степени, но вероятность риска от самой операции или анестезии существует.

В 1950 г., будучи хирургом в районной больнице г. Троицка Челябинской области, я посетил своего друга — замечательного хирурга Л., который работал ассистентом в хирургической клинике в Челябинске. Во время перерыва занятий со студентами он рассказал мне,

что в коридоре сидит его фронтальной друг, который давно просит его удалить пулю, застрявшую под кожей над левой ключицей. Когда пациент зашел в перевязочную, я, как и все студенты, отчетливо прощупал пулю, лежащую подкожно над ключицей.

Л. уже начал готовить шприц для местной анестезии (в это время во всех хирургических отделениях главным видом обезболивания была местная анестезия), но больной, возможно, смущенный множеством зрителей, стал категорически настаивать на наркозе. Л. согласился, и, поскольку операция должна была ограничиться разрезом над пулей, то есть продлиться 2—3 минуты, решил дать ему хлорэтиловый наркоз.

Больному накрыли нос и рот марлевой салфеткой и хирург, сложив носик ампулы с хлорэтилом, направил струю на салфетку. Больной сделал 1—2 вдоха... и дыхание остановилось, пульс исчез, сердце не билось. **Наступила смерть.** Все дальнейшее читатель может легко вообразить.

Следовательно, хирургический метод лечения предлагает наиболее быстрое устранение причины болезни, но в то же время содержит определенный риск, заключенный в самом методе.

Действия хирурга по отношению к операции у конкретного пациента имеют несколько этапов, сочетающие осмысливание и действие:

1. Показания к операции.
2. Выбор метода.
3. Участие вместе с анестезиологом в выборе метода обезболивания.
4. Также вместе с анестезиологом определение риска операции.
5. Операция.
6. Ведение послеоперационного периода.

Из перечисленных шести пунктов участия хирурга в лечении больного **пять** относятся к **чисто мыслительному процессу**, но и в процессе «рукодействия», кроме манипуляций, хирург непрерывно думает, корректируя свои действия по ходу операции.

Попробуем проанализировать наиболее важные вопросы.

1. **Показания к операции.** Их можно разделить на две градации:
  - 1.1. **Императивные** (абсолютные), когда отказ от операции грозит смертельной опасностью.
  - 1.2. **Относительные**, когда для излечения болезни применим хирургический метод, но его можно отложить или совсем отставить, предпочтя более длительное, но менее опасное консервативное лечение<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Профессор Е.Л. Березов предложил еще одну градацию — условно-абсолютные показания. В этих случаях речь идет о состояниях и болезнях, которые, хотя и не представляют смертельной опасности на момент определения показаний к операции, но в принципе могут быть излечены только хирургическим путем.

1.3. Что касается **абсолютных показаний**, то разногласия среди хирургов практически отсутствуют. Они определяются разве что разным пониманием причин болезни и... темпераментом хирурга.

1.3.1. Во всяком случае, отказ от операции при наличии абсолютных показаний — есть грубая врачебная ошибка, а при определенных обстоятельствах — должностное преступление.

1.4. **Относительные показания** имеют широкий диапазон возможностей. По сути дела относительные показания включают в себя весь деликатный спектр хирургического мышления.

Хотя в современных условиях пациенты хирургических отделений в известной степени осведомлены о своем будущем, все же подавляющее их большинство решение своей судьбы возлагают на хирурга, которому доверяют как специалисту-профессионалу и человеку.

Отсюда следует непреложный вывод о том, что каждый пациент **лично** выбирает хирурга, хотя у него весьма ограниченное количество параметров для обоснованного выбора.

Какие возможности у пациента?

7. В экстренных ситуациях хирурга, как правило, не выбирают.

8. О хирурге знают из следующих источников:

- a) личное знакомство;
- b) знакомство из вторых рук;
- c) слухи в данном регионе (мнение врачей-терапевтов);
- d) информация от соседей по палате;
- e) собственное впечатление от общения с хирургом<sup>1</sup>.

## 1. Пациент

В нашей советской медицине сложилась такая ситуация: больной получает направление в хирургическое отделение (из поликлиники или из терапевтического отделения), приходит в приемный покой, где первичное знакомство сводит его со случайным врачом-хирургом, ведущим прием. Затем он поступает в отделение и в этот же день или на следующий встречается с лечащим врачом. Последний — обычно мо-

<sup>1</sup> Впечатление может оказаться обманчивым, вплоть до диаметрально противоположного. В 1952 г. ко мне пришел проситься на работу мой институтский сокурсник. Через 6 лет после окончания института он трансформировался в добродушного круглового дядьку, имеющего в анамнезе службу доверенным врачом профсоюза торговых работников, и хотя я не ждал от него особой прыти, по старой дружбе принял его на работу и вскоре раскаялся, т.к. он оказался генетическим бездельником. Но ... больные его обожали — с мужчинами он был своим парнем, с женщинами обаятельным мужчиной. Ему очень верили и многие считали его умным опытным хирургом, что не соответствовало действительности.

лодой врач, иногда интерн или стажер определяет общий статус больного. Если заболевание входит в хирургическую компетенцию молодого лечащего врача (грыжа, аппендицит, геморрой, варикозное расширение вен, наружные опухоли), последний постарается понравиться пациенту в предвкушении дополнить свой багаж еще одной операцией.

Если же в силу разных причин (сложность заболевания, недоверие, психологически трудный характер) контакт не состоялся, то у пациента наступает первая степень стресса по Селье (тревога).

Дело в том, что обычный пациент не может выбирать хирурга. Если ему не подошел лечащий врач, то другие врачи-ординаторы в принципе **не могут предложить больному свои услуги** (внутренняя мораль). Плановые операции распределяет зав. отделением, и от него зависит, кто будет оперировать данного больного. Если свой лечащий врач пациенту не подошел, то возможны три варианта:

1. Все же заведующий отделением назначит оперировать именно лечащего врача. Тогда возникает ситуация «взаимного отторжения», при котором в случае негладкого течения операции и послеоперационного периода может возникнуть конфликт, что осложнит жизнь отделения и его заведующего.
2. Учитывая «неконтагиозность» пациента и лечащего врача, заведующий отделением из чувства протеста против «своеволия» пациента или, исходя из более высокой квалификации другого ординатора, последнего и назначит на операцию. При этом пациент попадает в ситуацию, в которой выбора нет, и это, конечно же, осложняет психологический статус больного.
3. Наиболее благоприятный исход — заведующий отделением, избегая конфликта и стресса, назначает на операцию самого себя. Для пациента это наилучший выход. Но не может же заведующий отделением оперировать всех больных, в том числе недовольных ординаторами?

Какой же выход у пациента?

До сих пор нет правового поля для выбора пациентом хирурга, и если пациент сильно озабочен предстоящей операцией, то он постарается еще до госпитализации или уже находясь в отделении наладить отношения с тем хирургом, которому он доверяет.

Страховая медицина вроде бы позволяет реализовать такой подход. Однако нередко это заканчивается не на уровне страхового полиса, а путем личных отношений.

## 2. Хирург

Очень трудно проанализировать соображения хирурга в определении относительных показаний.

1. В какой мере операция является альтернативой консервативного лечения?

2. В какой степени операция излечит больного?
3. Каков риск операции для жизни больного?
4. Каков риск осложнений в послеоперационном периоде?
5. Каковы варианты отдаленных результатов для конкретного больного?
6. Каков прогноз трудоспособности?
7. Какой метод операции будет лучше соответствовать второму, третьему, пятому пунктам этого перечня?

По-видимому, следует провести анализ на конкретном примере, например, хирургического вмешательства по поводу неосложненной язвы двенадцатиперстной кишки.

В настоящее время это заболевание лечат хорошими лекарствами, дающими длительную ремиссию. Но консервативное лечение предусматривает строгий режим и строгую диету. Некоторым пациентам это надоедает, и они хотят одновременно избавиться от болезни.

Опытный хирург-профессионал постарается отговорить пациента от операции или предложит, по крайней мере, отложить ее на неопределенное время.

Хирург не должен обещать полного излечения, т.к. любое вмешательство может повести за собой рецидив болезни.

В настоящее время старая операция — резекция 2/3 желудка при язве двенадцатиперстной кишки — представляется достаточно одиозным вмешательством, но, тем не менее, выполняется в определенных ситуациях.

Больной Е. 50-ти лет, врач, в 1998 г. решил, что ему пора оперироваться по поводу язвы двенадцатиперстной кишки.

Очень опытный хирург обнаружил язву около 1 см в диаметре, несколько стенозирующую начальный отдел двенадцатиперстной кишки, и произвел резекцию желудка по Б-1. В послеоперационном периоде обнаружилось затруднение эвакуации, и через два года тот же хирург настаивал на резекции из-за выраженного стеноза.

Пациент к этому времени приспособился к своему состоянию, разработал себе диету и режим, несколько не похудел и от предложенной резекции отказался.

Анализ этой истории болезни показывает, что попытка пациента-врача избавиться от диеты и режима привела его к еще более строгому режиму, еще более строгой диете и, конечно же, перспективе повторной операции.

Ошибкой хирурга является непоколебимая вера в абсолютное преимущество хирургического лечения язвы двенадцатиперстной кишки, а самое главное — отсутствие серьезного анализа предстоящей операции, которая представлялась хирургу рутинной и неинтересной.

Непосредственный риск операции был определен правильно, но... риск осложнений не просчитан, и осложнение случилось. Применен-

ный метод операции оказался неадекватным, поэтому и отдаленный результат (1.5) и прогноз трудоспособности (1.6) оказались неудовлетворительными. Оперированный врач-хирург стал инвалидом 2-й группы и был вынужден оставить хирургию.

Выходит, хирургия — это отнюдь не только «рукодействие», а профессия, в которой **врачебное мышление оказывается более востребованным, чем действие руками.**

Сложное решение об относительных показаниях с еще большей очевидностью демонстрируется при так называемом хроническом аппендиците. На этом предмете задержал свое внимание еще С.П. Федоров в своей статье «Хирургия на распутье». Отсутствие достоверных признаков первичного хронического аппендицита делает результат аппендэктомии крайне проблематичным.

Сюда же можно присоединить анализ холецистэктомии при хроническом бескаменном холецистите.

Хирург, решающийся на удаление желчного пузыря при бескаменном холецистите и незначительных изменениях в его стенке, обычно ссылается на статью В. Мейо, который в 1917 г. сообщил, что среди удаленных им желчных пузырей в 37% случаях обнаружены не камни, а холестероз (!).

Хирург, удаливший такой пузырь, должен осознавать, что, скорее всего, совершена диагностическая ошибка, и нет повода для удовлетворения выполненным вмешательством.

Именно чувство удовлетворения является той моральной опорой хирурга, которая стоит гораздо дороже материального эквивалента.

Можно утверждать с высокой степенью достоверности, что правильное установление показаний к операции есть высший результат врачебного мышления хирурга. При этом хирург глубоко анализирует все аспекты операции, но, главным образом, при установлении показаний, анализ должен быть целевым, с ответом на вопрос не только: «Почему?» и «Как?», но и «Зачем?».

Последний вопрос относится к целевому (телеологическому) рассмотрению с исчерпывающим ответом на все семь поставленных вопросов, каждый из которых имеет нюансы в своем содержании.

### 3. Риск операции

При предварительном обсуждении с пациентом хирург обязательно имеет в виду риск операции.

Что включает опытный хирург в понятие **риска**?

Общее состояние больного (общее впечатление). Сюда входит много составляющих:

1. степень запущенности заболевания;
2. возраст;
3. состояние сердечно-сосудистой системы, легких, печени, почек;

4. сопутствующие заболевания (аллергия, непереносимость лекарственных препаратов);
5. травматичность операции.

Перечисленные данные учитывают практически весь комплекс, имеющий отношение к состоянию больного. Считается **положительным**, если оценка проводится по большому числу параметров: чем больше параметров, тем достовернее результат. Однако данные параметров не всегда совпадают по направленности. Например, 40-летний мужчина с камнями в почечных лоханках страдает стабильной стенокардией с инфарктом в анамнезе. Операция по удалению камней окажется весьма рискованной, и вдумчивый хирург посоветует больному сначала выполнить аортокоронарное шунтирование, а затем уже удаление камней или какое-нибудь другое вмешательство.

Гораздо сложнее определение риска у пожилого больного с множеством сопутствующих заболеваний. Одни параметры «зашкаливают» по отрицательной шкале, а другие (например, состояние печени) вполне удовлетворительны. Как же хирург должен распорядиться «переизбыточной» информацией?

Как правило, хирург обрабатывает данные целиком и сразу, не вдаваясь в подробности соотношения (+) и (-) параметров. При таком «методе» ошибки интерпретации неизбежны.

Поэтому хирурги, а особенно анестезиологи, попытались составить приемлемые формулы, как простые (В.А. Гологорский, 1973 г., Г.А. Рябов с соавт., 1983 г.), так и более сложные (Л.В. Полуэктов, Ю.Т. Цуканов, 1973 г., С.А. Гешелин, 1983 г., А.С. Исмаилов, 1989 г., А.М. Шулуток, 1989 г. и другие).

Во всех этих системах и формулах с той или иной приближенностью воссоздается статус больного, что, конечно же, помогает ориентироваться в степени риска. Однако существуют обстоятельства, снижающие универсальное значение систем и формул:

1. оперативные вмешательства по поводу разных заболеваний;
2. отсутствует классификация относительной травматичности операции и самое главное —
3. в прогнозах мы не находим важного (возможно, и самого важного) параметра — уровень квалификации хирурга, причем именно в данной патологии.

Например, хирург великолепно оперирует на желчных путях, но в желудочной хирургии не искушен.

Оценка риска будет в этом случае в большей степени зависеть от патологии (язва желудка или холецистит), чем от общего состояния больного<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Одна из последних разработок «Формулы риска» применительно к острому панкреатиту: Щербак А.Н. и др. Роль количественного определения степени тяжести у больных с панкреатитом...// I-й Московский Международный конгресс хирургов: Тезисы докладов. М., 1995, с. 203—204.



Вот почему, создавая собственную «Формулу риска» специально для хирургии желчных путей, мы учли не только состояние больного (16 градаций), и условную травматичность операций и их сложность (9 градаций), но и **уровень квалификации хирурга (!)**.

Здесь уместно вспомнить слова С.П. Федорова относительно «резвости» молодых хирургов, так называемых «джигитов», готовых «с ножом наперевес» осваивать вершины хирургии.

Представляется несомненным, что самооценка хирургом своих возможностей — есть самый высокий уровень профессионализма.

Поэтому в свою формулу риска операции (специально для хирургии желчных путей) мы ввели параметр — рейтинг хирурга, его квалификацию в данной области хирургии<sup>1</sup>.

Современная хирургия характеризуется стремлением к минимальному риску даже за счет радикализма. Тем строже хирург должен оценивать свои возможности именно в отдельной предстоящей операции.

В истории хирургии, в том числе и отечественной, при обсуждении той или иной проблемы, решение или мнения основывались на статистических данных (столько-то операций, уровень осложнений и летальности, отдаленные результаты).

А между тем, отчеты клиник базировались на работе больших коллективов, и авторы публикаций (а также учреждение, от имени которого шла публикация) брали на себя полную ответственность за все цифры, неудачи, ошибки. Градиенты квалификации не обсуждались, по-видимому, это считалось неэтичным... Высокий уровень летальности, связанный с участием в описываемой проблеме не очень квалифицированных хирургов, — это этично?

Современный уровень хирургии достиг такого состояния, когда каждая послеоперационная смерть должна иметь основание, безотносительное к ошибке в **показаниях к операции, наркозу или технической погрешности**.

Взвешенные показания к операции, безупречный наркоз и оперативная техника должны соответствовать тяжести патологии и тяжести состояния больного. Опирающийся хирург не должен жалеть времени на обдумывание предстоящей операции, иначе ему угрожает сознание своей некомпетентности, неуважение коллег и потеря будущих пациентов.

**Риск анестезии.** Перед больным и его родственниками единственным ответчиком за судьбу больного (а также при благоприятном исходе операции — спасителем) — является хирург.

---

<sup>1</sup> Технология вычисления рейтинга, а также обобщенная «Формула риска» представлена в главе XII, с. 142. В ней учтены и состояние больного, и классификация операций по травматичности и сложности, и рейтинг хирурга. Конечно, перед каждой операцией хирург не будет заниматься длительной арифметикой, но в особо сложных случаях, когда еще не преодолены сомнения, есть смысл сопоставить свой уровень мастерства с индексом состояния больного.

Если состоялось осложнение от наркоза, все равно, отвечает хирург. А между тем, современная анестезия включает в себя ряд совсем не простых компонентов:

1. введение в наркоз;
2. поддержание состояния наркотического сна на протяжении всей операции;
3. забота о стабильном гомеостазе и всех его параметрах;
4. выведение из наркоза;
5. реанимация.

Ранее приведен случай смерти от наркоза еще до начала операции. В настоящее время на тысячи операций такого случая мы не встретили. Но во время сложных травматичных операций может наступить апноэ, остановка сердца, механическая обструкция дыхательных путей.

#### 4. Анестезиология

Мышление в анестезиологии на протяжении второй половины XX века менялось вместе с усовершенствованием метода анестезии.

Во время Отечественной войны в армейских госпиталях не было анестезиологической аппаратуры, наркоз давали операционные сестры через маски Эрмарха (эфир) и Шиммельбуша (хлороформ). Никакой другой аппаратуры и наркотических средств не было.

Масочные наркозы при сложных и продолжительных операциях давали много осложнений. Поэтому и на фронте, и в 50-е годы хирурги нашей страны предпочитали местную анестезию, в том числе и при резекции легких, и при трансторакальной резекции пищевода<sup>1</sup>.

Местная анестезия в СССР составила целую эпоху в хирургии. Особой популярностью пользовался метод «ползучего инфильтрата» — послойная анестезия растворами новокаина минимальной концентрации (1/4%).

Если хирург строго следовал указаниям автора метода А.В. Вишневого, то операция (например, в брюшной полости) проходила практически безболезненно<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> В 1956 г. мне пришлось присутствовать вместе с группой делегатов VI Пленума правления Всесоюзного общества хирургов в клинике П.А. Куприянова на операции резекции легких. Операция производилась под эндотрахеальным наркозом. П.А. объявил нам, что он сейчас выключит дыхание с помощью препарата кураре и легкое перестанет «трепетать» в грудной клетке. Гостей хирургов это поразило в высшей степени.

Совсем близко от П.А. стоял худощавый молодой человек невысокого роста с узким лицом и короткой стрижкой. Стоял, скрестив руки на груди в свободной позе и с независимым видом. По ходу операции он что-то говорил П.А., а в конце операции громко произнес: «А я предпочитаю делать лобэктомию под местной анестезией». Я спросил соседа: «Кто этот нахальный юноша?». Сосед удивился вопросу и ответил: «Это же Н.М. Амосов».

<sup>2</sup> Академик А.А. Вишневский получил международную премию за операцию комиссуротомии под местной анестезией (!).

Миллионы операций в госпиталях во время Великой Отечественной войны производились именно под местной анестезией.

Однако нарастающие темпы развития грудной хирургии требовали нового подхода к анестезиологическому обеспечению операции.

Как и во многих других разделах науки и медицинской в частности анестезиология в СССР отстала на 15—20 лет.

Великие хирурги продолжали оперировать под местной анестезией по разным причинам.

1. А.А. Вишневский — по идейным «фамильным» соображениям. Будучи продолжателем дела своего отца — А.В. Вишневского — он пытался удержать метод местной анестезии в рамках развивающейся грудной хирургии.
2. Другие причины были у Н.М. Амосова: хорошо освоив местную анестезию и основательно привыкнув к ней за много операций на легких и пищеводе, Н.М. мирился с множеством неудобств, сопровождающих эти операции (судорожные неуправляемые «экскурсии» легких, двойной пневмоторакс при резекции грудного отдела пищевода, сопровождающегося многократными шокowymi эпизодами). Его предпочтение так же, как аналогичное мышление других выдающихся хирургов, продолжалось ровно до тех пор, пока в СССР не стала поступать из-за границы анестезиологическая аппаратура и приставки к эндотрахеальному наркозу<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> В нашу клинику (Е.Л. Березова) тоже поступил наркозный аппарат, но без приставок для эндотрахеального наркоза (трубок, ларингоскопа, препаратов релаксации).

В 1948 г. к нам в клинику приезжал А.Н. Бакулев, только что вернувшийся из Италии, где как раз и приобрел приставки к эндотрахеальной анестезии, в том числе трубки для эндотрахеального наркоза.

Из своего запаса он подарил интубационную трубку Ефиму Львовичу. Последнему захотелось тут же испробовать современный наркоз. Его сын, Ю.Е. Березов — ассистент клиники, и я, клинический ординатор, имели определенный опыт в эзофаго-гастроскопии с предварительной дикаиновой анестезией глотки. Поэтому первая интубация и была поручена нам. Большой, которому надлежало дать эндотрахеальный наркоз, был сравнительно молодой человек ниже среднего роста с опухолью сигмовидной кишки.

Заанестезировав глотку дикаином, мы долго и безуспешно пытались ввести трубку в трахею, пришлось дать наркоз, и лишь после этого трубка была введена. Нас только очень удивило, что в продолжении всей операции губы больного были интенсивно синими. К счастью, все обошлось.

Через некоторое время Е.Л. ездил в Москву на какую-то конференцию. Там он встретился с А.Н. Бакулевым, и тот спросил — пошел ли у нас эндотрахеальный наркоз. Е.Л. ответил утвердительно и поблагодарил А.Н. за трубку.

А.Н. удивился и сказал, что подаренная им трубка применяется для ветеринарных операций у крупного рогатого скота...

Наша бедность приводила к «выдающимся» изобретениям. В 1954 г. я на хирургическом обществе демонстрировал доморощенный ларингоскоп, собранный из кольпоскопа (раскрывающиеся половинки), ректоскопа и цистоскопа (осветительная часть).

3. Региональная и спинномозговая (A. Bir, 1899 г.) анестезии изменились не больше, чем местная анестезия. Она из-за сложности выполнения, ограниченности применения и осложнений не получила широкого распространения. В значительной степени осложнения предотвращаются эпидуральным (перидуральным) введением препарата. Перидуральная анестезия при своих ограниченных показаниях и сложности выполнения применяется в тех отделениях (урологические, гинекологические), в которых анестезиологи прочно освоили этот вид обезболивания и проводят его безукоризненно.

Среди осложнений спинномозговой анестезии встречаются и фатальные. Так, известный Горьковский хирург К., готовясь к операции на ноге, посадил больного спиной к себе, смазал место укола в области IV поясничного позвонка и протянул руку к сестре за 2%-м новокаином. Сестра подала шприц с набранным раствором, и хирург, сделав пункцию и получив капли спинномозговой жидкости, подсоединил шприц к игле и ввел раствор...

### ***В шприце оказался нашатырный спирт!!!***

Последующие события не нуждаются в комментариях...

Выяснилось, что старшая сестра поставила пузырек с нашатырным спиртом в свой шкафчик с тем, чтобы забрать этот пузырек домой, а затем перепутала эти пузырьки. Этот случай в течение длительного времени обсуждался в хирургических кругах, и, в конечном счете, вызвал отрицательное отношение у хирургов Горького — Нижнего Новгорода к спинномозговой анестезии.

В настоящее время спинальная анестезия (даже в виде перидуральной) в хирургических стационарах Нижнего Новгорода применяется очень редко и по очень строгим показаниям.

Да и нужно ли это? Общее обезболивание в практических учреждениях отработано настолько хорошо, что может применяться как при больших, так и при малых операциях.

В Англии и США еще до Второй мировой войны анестезиология выделилась в отдельную медицинскую специальность: в 1940 г. в США было создано первое в мире общенациональное общество анестезиологов, а после мировой войны выделение анестезиологии в отдельную специальность было востребовано нарастающей волной операций в грудной полости.

До 1966 г. анестезиологи-реаниматологи входили в состав хирургических обществ. Первые профессионалы-анестезиологи в крупных хирургических центрах (естественно, первыми оснащенные аппаратурой) происходили из хирургов.

Это были В.И. Бураковский, Е.Н. Мешалкин, В.Н. Шанин, Ф.В. Балузек, А.З. Маневич и многие другие в областных центрах и городах.

Это время характеризуется бурным развитием анестезиологии-реаниматологии (А-Р).

Отсутствие каких-либо работ по анестезиологии-реаниматологии (за исключением В.А. Неговского) открыли перед первыми специалистами широкое поле. Их можно было уподобить команде корабля, высадившейся на необитаемый остров.

Всякая научная работа, напечатанная в это время, имела элемент новизны.

Из школы старейшего хирурга, единственного, занимавшегося в течение многих лет анестезиологией (проф. И.С. Жорова) вышла плеяда докторов наук-анестезиологов во главе с блистательным А.З. Маневичем.

Поскольку Е.Н. Мешалкин, В.И. Бураковский, Ф.В. Балюзек вернулись в хирургию, элиту анестезиологии-реаниматологии составили Т.М. Дарбинян, А.А. Бунатян, Ю.Н. Шанин, Г.А. Рябов, Е.А. Дамир, С.Н. Ефуни, О.А. Долина, В.А. Гологорский, А.П. Зильбер, А.З. Маневич, В.А. Михельсон.

Эти анестезиологи и составили оргкомитет первого съезда анестезиологов-реаниматологов СССР.

В 1966 г. было создано общество анестезиологов-реаниматологов, а на основе приказа МЗ СССР были учреждены должности анестезиологов в больницах на 150 коек.

С этого времени анестезиология-реаниматология развивается самостоятельно, однако же опираясь на хирургию.

Приказ министра №287 от 14.04.1966 г. определял анестезиолого-реаниматологическое отделение как самостоятельное и независимое. Вопросы помещения больного в это отделение и перевода его в общехирургическое по приказу решали только анестезиологи-реаниматологи<sup>1</sup>.

Однако прошло немного времени, и в большинстве областных и городских больниц идейными руководителями анестезиолого-реаниматологических отделений стали ведущие специалисты хирургических отделений.

Работа анестезиологов, по сути, перешла в практическое русло. Эти специалисты, если не стали преподавать в ВУЗах, становились у операционного стола, выполняли вводный наркоз, интубировали больного, вводили релаксацию и поддерживали стабильное состояние больного на протяжении всей операции.

Операции на брюшной полости типа резекции желудка, холецистэктомии не требовали постоянного внимания анестезиолога и иногда, заглядывая в его сторону, хирург обнаруживал одиноко сидящую сестру-анестезиста. Врач мог спокойно отлучиться на несколько минут.

---

<sup>1</sup> Мне пришлось присутствовать на интересном событии: министр Б.В. Петровский в своем собственном институте некоторое время стоял перед дверью А-Р отдела, пока подошедшая на звонок сестра спрашивала у заведующего отделением, открыть ли дверь министру — директору института. Размышляя ретроспективно, думаю, что Б.В. демонстрировал нам реальное воплощение своего приказа.

В последние 10—15 лет в анестезиологии, обеспечивающей рутинные операции, менялись только фармакологические препараты и значительно реже наркозная аппаратура<sup>1</sup>.

Лучшими анестезиологами были те, которые ориентировались в обвальном наплыве всевозможных лекарственных препаратов и безукоризненно владели введением интубационных трубок. Этими рамками ограничивалась и ограничивается до сих пор сфера деятельности практического анестезиолога.

В реанимации дело обстоит иначе: реаниматолог — интегральный специалист, оказывающий помощь при состояниях, угрожающих жизни — от асфикции ребенка в родах, всевозможной родовой патологии (например, резус-несовместимость) до травматического/бактериального шока, столбняка, печеночной и почечной недостаточности, всевозможных отравлений.

Поскольку, в основном, анестезиолог и реаниматолог воплощены в одном лице, эта специальность считается одной из самых высоких в ряду медицинских специалистов широкого профиля.

Если практические анестезиологи решали специфические задачи в пределах своих прагматических служебных обязанностей, то ведущие доктора наук разрабатывали круг теоретических вопросов, захватывающих не только анестезиологию, но и близкие к ним смежные специальности, например, физиологию и клиническую физиологию.

Одной из интереснейших книг в этом смысле является монография А.П. Зильбера — профессора из Петрозаводска — «Клиническая физиология для анестезиолога» (М.: Медицина, 1977). Содержание этой книги способствует направлению мыслительного процесса анестезиолога на теоретическое освоение и усовершенствование своей специальности.

## 5. Статистика

Вернемся к статье С.П. Федорова, которая в ряде своих положений остается актуальной и через 75 лет, в новом веке и в новом тысячелетии. В частности, поднятый им вопрос о хирургической статистике.

Многие хирурги предоставляют свои материалы с так называемой «редуцированной» летальностью. Выглядит это следующим образом.

1. Из статистики исключаются пациенты, умершие от «смежной» патологии. Например, больной оперируется по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) с сопутствующим панкреатитом. Смерть наступила от панкреонекроза, и эта история болезни шифруется не как желчнокаменная болезнь, а как панкреатит... (известно, что

<sup>1</sup> Значительные изменения претерпела анестезиология, обеспечивающая кардиологические операции на открытом сердце.

размахи цифр летальности при остром панкреатите весьма велики и не вызывают потребности в анализе больничных отчетов).

2. Больной поступил с язвенным желудочным кровотечением. В послеоперационном периоде внезапно возник инфаркт миокарда, наступила смерть, которая на законном основании шифруется как основное заболевание, приведшее к смертельному исходу.
3. Больной поступает в хирургическое отделение по поводу перитонита аппендикулярного происхождения. В послеоперационном периоде наступил тромбоз брыжеечной артерии с некрозом кишечника и смертельным исходом. В статистику попадают случаи смерти от тромбоза брыжеечных сосудов с инфарктом кишечника..., а не от острого аппендицита.

Этот перечень можно продолжать до бесконечности, но и приведенные примеры показывают, что «скрадывание» отдельных случаев из демонстрируемой в отчетах и статьях статистики, с одной стороны, «облагораживает» материал автора, но, с другой стороны, существенно искажает санитарную статистику.

Особую роль играют статистические материалы, приводящие и проповедующие методы автора. Здесь летальность и осложнение аккуратно приглажены и выглядят весьма привлекательно.

Но С.П. Федоров обращает наше внимание и на статистику отдаленных результатов.

Здесь от старых времен сохранились явно порочные исходные позиции:

1. **Охват.** Большинство статистик отдаленных результатов довольствуется 80—85% обследованных. Такие цифры считаются вполне легитимными. При этом характер результатов подсчитывается от числа обследованных. Например, если в отдаленном периоде обследовано 200 человек из 250 оперированных, а хороший результат обнаружен у 150-ти, то хорошими объявляются 75%. На самом же деле среди обследованных по отношению к оперированным этот процент будет не 75, а 60. Это уже другая качественная характеристика метода. Автору такой статистики хочется задать вопрос: а как обстоят дела у 50-ти необследованных? Ведь это солидная часть материала — 20%! Логично предположить, что не у всех 50-ти человек результат оказался хорошим, а часть людей получила результат плохой. Но тогда достоверность цифр нарушится.
2. **Обследование.** Очень редко обследование бывает полным или хотя бы достаточным. Многие пациенты, особенно те, которые совсем не предъявляют жалоб или жалобы не существенны, вовсе не обследуются, а сообщают о своем здоровье по анкете.
3. **Сроки.** Если в онкологии принято два критерия:
  - а) пережившие 5-летний срок и
  - б) число прожитых месяцев,

то в общей хирургии обнаруживаются совсем несопоставимые сроки от 2 до 15—20 лет (!). Совершенно очевидно, что рецидивы болезни или накопление жалоб может происходить за пределами ближних сроков.

4. **Градации.** До сих пор хирурги не придумали классификацию отдаленных результатов, что совершенно запутывает суть дела. Приведу три варианта:

- a) отлично, хорошо, удовлетворительно, плохо, повторная операция;
- b) хорошо, удовлетворительно, плохо, повторная операция;
- c) хорошо, улучшение, плохо, повторная операция.

Сопоставление разных вариантов возможно лишь по одному критерию — повторная операция. Все остальные критерии индивидуальные и плохо поддаются сопоставлению.

А между тем, в хирургической литературе имеется пример правильного решения вопроса отдаленных результатов. В клинике факультетской хирургии Военно-Медицинской академии, руководимой профессором В.М. Ситенко, в 60-е годы был создан архив историй болезни пациентов, оперированных в клинике. Результаты через разные сроки после операции фиксировались на вкладыше первичной истории болезни.

Таким образом, в клинике отдаленные результаты изучали у 95 — 97% больных, и, при необходимости, с их стационарным обследованием. Это обстоятельство дало возможность В.М. Ситенко и А.И. Нечаю выпустить замечательную книгу: «Постхолецистэктомический синдром и повторная операция на желчных путях» (М.: Медицина, 1972), в которой с предельно возможной статистической достоверностью были представлены отдаленные результаты холецистэктомий...

Удивительно, что хирургическая общественность так вяло реагировала на «ограниченную достоверность» публикаций отдаленных результатов оперативного лечения разных патологических процессов<sup>1</sup>.

В настоящее время, когда в каждом солидном хирургическом отделении имеется компьютер, организовать полный охват информации об отдаленных результатах значительно легче. В то же время оста-

<sup>1</sup> В марте 1957 г., после того, как шеф (Е.Л. Березов) прочитал мою кандидатскую диссертацию, я спросил его, какую оценку он ей дает по пятибалльной системе. Он ответил — 4. Тогда, набравшись смелости, я спросил: «А что такое диссертация с оценкой пять?». Е.Л. ответил приблизительно следующим образом: «Это диссертация Литвака из клиники Колмановского. Там исследуются отдаленные результаты проходимости желудочно-кишечного соустья после резекции желудка по единой методике. Там всего обследовано 50 больных, в то время как количество резекций в той же клинике Колмановского ежегодно исчислялось сотнями. Но ценность диссертации заключается в том, что все эти больные (50) обследованы по единой методике и выводы в диссертации представляются вполне достоверными».



ются нерешенными вопросы сроков и методов обследования. Именно методы обследования должны определить градации (хорошо, плохо). Точная характеристика состояния оперированных должна способствовать совершенствованию показаний к данной операции при данной болезни, а это в свою очередь улучшит отдаленные результаты.

К вопросу «отдаленные результаты» относится раздел «Повторные операции».

Как статистическая определенность повторные операции обозначились в предвоенный период. В 1938 году вышла монография А.М. Левина<sup>1</sup>, а в 1940 — Е.Л. Березова и А.А. Рыбинского<sup>2</sup>, целиком посвященная этой проблеме. В послевоенное время в клинике Е.Л. Березова продолжали скапливаться эти больные, направляемые А.Д. Рыбинским из Эссентуков.

Повторные операции относились к особо сложным, и выполнял их в подавляющем большинстве случаев лично профессор. Для молодых хирургов повторная операция была несбыточным пределом мечтаний.

Ретроспективно, возвращаясь к этому времени, я не могу припомнить моральной ущербности среди всех поколений хирургов в связи с наличием повторных операций. Никто не считал себя причастным к этому «удару судьбы» для больного.

Единственный раз, когда коллективный разум хирургов сделал выводы в связи с повторными операциями, был XXIV съезд хирургов в 1938 году, когда группа радикальных хирургов (С.И. Спасокукоцкий, С.С. Юдин, А.А. Мельников, Е.Л. Березов и другие) повернули мышление советских хирургов к всеобщему осуждению гастроэнтеростомии при язвенной болезни.

Повторные операции применяются после вмешательств по поводу язвенной болезни, желчнокаменной болезни и спаечной болезни брюшной полости. Если спаечная болезнь сама по себе является причиной повторной операции (хронический воспалительный процесс) и больные в необходимости повторной операции видят «перст судьбы», а не вину врачей или (в лучшем случае) несовершенство медицинской практики, то при повторных операциях по поводу язвенной или желчнокаменной болезни вопрошающий взгляд пациента направлен непосредственно в глаза оперирующего хирурга.

В разных областях несовершенство медицины неодинаково. Например, хирургическое лечение грыж, водянки яичка, варикозного расширения вен обрисовано с предельной тщательностью, и наступившие осложнения, главным образом, связаны с некомпетентностью хирурга или его технической ошибкой.

---

<sup>1</sup> Левин А.М. Заболевание желудка, оперированного по поводу язвы. Мед ГИЗ, 1938, с. 265.

<sup>2</sup> Березов Е.Л., Рыбинский А.Д. Болезни оперированного желудка и их лечение. Горький, 1940, с. 477.

При других заболеваниях плохой отдаленный результат часто лежит в самом начале лечебного процесса — в этапе показаний к первичной операции и выборе метода вмешательства. Технические оплошности в большей степени влияют на ближайший результат.

Рассмотрение этого вопроса приводит нас к выводу, что хирургическая деятельность — это, прежде всего, врачебное **мышление**.

**Мышление** от начала до конца: мышление, включающее в себя элементы телеологии — целевого рассмотрения проблемы с ответом на вопрос: «Зачем?».

Необходимо решать задачу непосредственно для конкретного пациента. Для этого его обследование должно быть произведено полно и безукоризненно.

К сожалению, даже при плановых операциях в обследовании некоторых больных наблюдаются «купюры», когда недоучтена какая-либо деталь анамнеза или объективных данных.

Повторные операции вошли в хирургию без особого скандала в качестве обыкновенной легитимной проблемы, существующей как бы вне деятельности хирургов. Эта проблема наравне с другими обсуждается на съездах и конференциях.

Вызывает сомнение включение в разряд повторных операций резекции желудка через некоторое время после ушивания прободной язвы или холецистэктомии после вынужденной холецистотомии по поводу острого деструктивного холецистита.

И в том, и в другом случае хирург рассчитывает на полное выздоровление менее чем в 50% случаев, т.е. вынужденная первичная паллиативная операция предполагает следующий этап — радикальную операцию.

Включение в разряд повторных операций радикальных вмешательств после ушивания прободной язвы или холецистотомии — есть несколько лукавый прием, призванный усилить собственный рейтинг за счет увеличения количества повторных операций.

На состоявшемся III Пленуме Правления Всероссийского общества хирургов в 1964 г., где первым был вопрос о «болезнях оперированного желудка» в докладах М.П. Вилянского и В.И. Пшеничниковой и других, именно повторные операции после ушивания прободной язвы занимают более 50%.

Следует подчеркнуть, что имеется определенная терминологическая путаница: к 1981 г. в хирургии желчных путей появились термины, смешавшие представление о повторных операциях. С подачи О.Б. Милонова, являвшегося основным докладчиком на Пленуме правления Всероссийского общества хирургов в г. Кирове (1981 г.), одновременно обсуждались «восстановительные» и «реконструктивные» операции. Эти термины были отнесены как к первичным (например, холедоходуоденостомия!), так и повторным операциям без их разделения. В таблице на 1112 операций О.Б. Милонов зачислил в «вос-

становительные» и «реконструктивные» операции 469 холедоходуоденостомий (ХДА), 229 папиллосфинктеростомий (!) (ПСТ) и 122 холедохотомий с дренированием холедоха (!!).

Конечно, после такой «реконструкции» летальность стала низкой (2,2%), что, по-видимому, и требовалось показать широкой хирургической общественности как достижения Всесоюзного научного центра хирургии.

Вслед за Милоновым другие докладчики не дифференцировали первичные и повторные операции, и только в докладах В.В. Виноградова и В.А. Вишневого, Э.И. Гальперина, А.Ф. Греджева, Д.Л. Пиковского, И.Л. Роткова шла речь о повторных операциях.

Э.И. Гальперин категорически отстаивал строгую дифференциацию хирургических вмешательств по трем группам:

1. первичные операции,
2. повторные операции,
3. операции на рубцово-измененных желчных протоках.

Д.Л. Пиковский и К.С. Житникова в своем докладе также подвергли критике создавшуюся ситуацию в терминологии.

О причинах повторных операций хирурги сообщали неохотно и скупое, и, как правило, большинство причин, приводящих к повторным операциям, относили к другим клиникам. Мало, кто серьезно анализирует повторные операции после вмешательств в собственной клинике. А именно такой подход помог бы более достоверно выявить причины, приводящие к повторным операциям.

Особенно впечатляют приводимые в книге В.М. Ситенко и А.И. Нечая «Постхолестистэктомический синдром и повторные операции на желчных путях» (М., 1972) данные Debrau a. al. (1960), Д.Л. Пиковского (1964), Ligidakis (1965) о том, что лучшие отдаленные результаты получены у тех больных, у которых наблюдались выраженные изменения в удаленных препаратах.

Касается это и язвенной болезни, и ЖКБ.

Суммируя размышления о повторных операциях, я прихожу к следующим выводам:

1. Повторные операции следуют за неправильными показаниями к первичной операции.
  - 1.1. Неправильно выбрано время операции (поздние операции после поражения соседних органов и развития спаечного процесса).
  - 1.2. Операции по сомнительным относительным показаниям (имеются функциональные расстройства без выраженного патоморфологического субстрата).
  - 1.3. Неправильно выбран метод операции применительно к данной болезни.

2. Ошибки, относящиеся непосредственно к операции.
  - 2.1. Ошибки в оценке обнаруженной патологии (недооценки и переоценки).
  - 2.2. Повреждение органов вследствие некомпетентности хирурга или неосторожного его действия.
  - 2.3. Не полностью удаленные патологически измененные органы в результате недостаточного интраоперационного обследования.
3. Повторные операции — это дефект первичной операции, и интегральная хирургическая мысль должна стремиться к тому, чтобы, планируя первичную операцию, хирург должен озаботиться профилактикой повторной операции или, если в один момент излечение не удалось, планировать второй этап (это не повторная операция) с наименьшим риском для больного. Современная хирургия предпочитает второй вариант: сложная или опасная операция разделяется на этапы с явно сниженной летальностью и лучшими отдаленными результатами.

## Глава III. Ошибки в диагностике и лечении

### 1. Ошибки при первичной операции

Всякий человек может ошибиться, и эта ошибка или ошибки сказываются на его здоровье, самочувствии и успехах. Ошибки хирурга сказываются, прежде всего, на пациентах, иногда с очень печальным исходом.

В древние времена существовал обычай: при пробной нагрузке на мост под его пролетом ставили автора этого проекта; во время похорон пациента первым за гробом шествовал его лечащий врач.

В настоящее время средства массовой информации сообщают нам о внезапно рухнувших домах, о катастрофах вследствие дефектов архитектуры, о падении самолетов, но истинных виновников — архитекторов и строителей — нам не называют.

Тем более остаются в тени авторы врачебных хирургических ошибок.

Существуют различные классификации врачебных ошибок в хирургии. Их можно суммировать в следующем виде:

1. Ошибки в выборе метода лечения.
2. Ошибки диагностики.
3. Ошибки в выборе способа операции и анестезии.
4. Технические ошибки во время операции.
5. Ошибки вследствие некомпетентности.

Примерно 40—50 лет тому назад хирурги публично и открыто упрекали терапевтов в том, что они «придерживают» пациентов и направляют их на операции поздно. Начало этому «**брюзжанию**» было положено в первые годы XX века. С.П. Федоров в предисловии к первому (1918 г.) и ко второму (1934 г.) изданию своей книги «Желчные камни и хирургия желчных путей» приводит слова сожаления Кохера о том, что терапевты не посещают операционные и не видят разрушительные действия ЖКБ. Если бы они это увидели, то чаще направляли бы больных на операцию.

Комментируя эти сетования Федорова, Кохера, Керте, следует иметь в виду, что результаты этих операций в начале и даже в середине XX века не давали повода умным терапевтам снисходительно оправдывать высокую летальность этих операций.

В отличие от хирургов, для которых статистика во многом определяла мнение и способ действия, терапевты, осматривая и обследуя конкретного больного, пытались прогнозировать допустимые сроки откладывания операции.

Со своей стороны хирурги могли сравнивать небольшую летальность при неосложненных формах заболеваний и огромную летальность при запущенных формах.

Эти постоянные противоречия хирургов и терапевтов продолжа-

лись вплоть до тех пор, пока не выработались более строгие показания при неосложненных и осложненных формах, пока на фоне успехов диагностики, анестезиологии и усовершенствовании техники вмешательств резко не снизился риск операции, что явилось для терапевтов лучшим мотивом направления больных на операцию.

Важное значение имела организационная перестройка мышления хирургов и пациентов, осознавших возможность прямого обращения к хирургу через врача скорой помощи или напрямую через приемный покой стационара.

Отбор больных на экстренную операцию стал прерогативой службы скорой помощи, а на плановую — из поликлиники, минуя терапевтический стационар.

Здесь уместно вспомнить пессимистический прогноз С.П. Федорова относительно того, что хирургия не сможет выбраться из ямы самостоятельно. В этом отношении противовесом такого мнения Зауэрбруха, Лика, Федорова может послужить VI Пленум правления Всесоюзного общества хирургов в 1956 году в г. Ленинграде.

В решении Пленума в категорической форме было заявлено, что больные с острым холециститом должны помещаться не в терапевтические, а хирургические отделения. Именно это обстоятельство послужило переломным моментом в развитии хирургии желчнокаменной болезни.

Да и сами терапевты установили границы своих возможностей, сосредоточив свои усилия, главным образом, в кардиологии, в пульмонологии и функциональной гастроэнтерологии.

Органические поражения, великолепно диагностированные современной аппаратурой, почти целиком перешли в компетенцию хирургов. Такое более четкое разделение полномочий и, главным образом, более четкое распознавание заболеваний заметно снизило частоту ошибок показаний к операциям. К сожалению, не при всех заболеваниях.

## 2. Ошибки диагностики

**Пример.** Совсем недавно, в марте 2000 года у одного профессора, зав. кафедрой хирургии появились ноющие боли в животе. В течение 3-х дней он пытался с помощью регуляции стула облегчить свое положение. На 4-й день он пришел на работу и попросил посмотреть свой живот своих помощников. В течение последующих 3-х дней неясные симптомы не позволяли уточнить диагноз. И только через 6 дней, когда появились угрожающие симптомы, решились на лапароскопию. Оказался гангренозный аппендицит с периаппендикулярным абсцессом и перитонитом.

Случай чрезвычайно грустный, но позволяющий сделать определенные выводы относительно ответственности за диагностическую ошибку. Такие «аппендикулярные чудеса» описаны в специальных

книгах («Острый живот» — П. Лежара, «Неотложная диагностика» — Г. Мондора и др.). Известно, что горьковский профессор Д.П. Кузнецкий погиб от аппендицита, точно так же знаменитый актер М.Ф. Астангов был поздно оперирован и скончался от перитонита.

Могут ли профессор-хирург и его ассистенты, совершившие ошибку в марте 2000 года, нести ответственность за нераспознанный аппендицит? Наверняка, у них было желание и наличествовала компетентность разобраться в заболевании! Следовательно, существуют объективные и субъективные причины врачебных ошибок. По-видимому, поэтому отсутствуют в уголовном и гражданском кодексе наказания за диагностические врачебные ошибки, если они не связаны с умыслом или халатностью.

### **3. Ошибки, связанные с недостаточным обследованием**

**Пример 1.** Известный московский хирург оперирует своего приятеля — артиста одного из театров Москвы — по поводу язвы верхней трети малой кривизны желудка.

Язва оказалась средних размеров, умеренно калезная, и опытный хирург — крупный специалист в желудочной хирургии — расценил эту язву как *Ulcus ventriculi* и выполнил резекцию 2/3 желудка, удалив препарат по верхнему краю язвы с анастомозом по Б-II.

Каково же было его состояние, когда гистологическое исследование показало наличие злокачественного перерождения язвы!

Конечно же, он терзал себя за то, что довольствовался данными эндоскопического исследования трехлетней давности и не выполнил предоперационную эндоскопическую биопсию!

Наконец, можно было сделать биопсию во время операции, и тогда операция приобрела бы характер гастрэктомии. А так... через 2,5 года наступил рецидив опухоли, затем отдаленные метастазы и летальный исход.

В данном случае компетенция хирурга не вызывает сомнений. Ошибка таилась в недостаточно полном обследовании, что случается, к сожалению, нередко. В большинстве случаев операция «стирает» этот недостаток. Все оканчивается благополучно, но иногда...

**Пример 2.** В многопрофильной больнице, где расположена хирургическая клиника, имеется и глазное отделение. Жена профессора-хирурга ложится на операцию в глазное отделение. Заведующая этим отделением — опытный врач-окулист и хорошая знакомая пациентки — не имеет никаких опасений в связи с операцией катаракты, но все же приглашает на операцию более опытного хирурга, имеющего к тому же изобретения как раз в плане операции катаракты.

Во время операции внезапно наступает обильное внутриглазное кровотечение, которое с трудом удалось остановить. В дальнейшем зрение этого глаза оказалось полностью утраченным и в то же время

выяснилось, что у больной выраженная тромбоцитопения с резким снижением свертываемости крови... Когда после операции стали смотреть историю болезни, оказалось, что **нет анализа на свертываемость крови!!!** Анестезиологи уверяли мужа потерпевшей, что никогда не начинают операцию без такого анализа, и полагали, что у такой ответственной больной таковой анализ был произведен и не вызывал сомнений.

Можно ли назвать оба приведенных случая неполного обследования результатом халатного отношения к больному. Конечно же, нет!

И в том, и в другом случае отношения хирург — пациент дополнялись близкими человеческим отношениями.

Безусловно, дефекты являются результатом **добросовестного заблуждения**.

По-видимому, из этих случаев можно сделать вывод, что **всякое** обследование перед операцией должно быть **полным**, и операция близким людям не должна быть исключением.

#### 4. Ошибки в анестезии

В настоящее время технология наркоза отработана настолько, что в пределах общехирургических операций стала стандартным действием, сравнимым с переливанием крови, если его проводят по всем правилам.

В приведенном выше примере показано, что ошибка анестезиолога заключается в «неиндивидуальном» подходе к **отдельному пациенту**, предельной стандартизации действий.

Весьма опасным этапом является стандартизация дезинтубации. Слишком поспешное удаление интубационной трубки может привести к апноэ.

Иногда анестезиолог заканчивает наркоз на операционном столе, удаляет трубку и переводит больного в реанимационную палату в состоянии «нестабильного пробуждения». Это чревато у пожилых — регургитацией, и если анестезиолог не озаботился выяснением содержимого желудка у пациента до операции, то тяжелые последствия этой небрежности вполне возможны.

К ошибкам анестезиолога следует также отнести некомпетентность в разных видах обезболивания (спинальная анестезия, **легкий** наркоз, в/в наркоз).

Анестезиолог-профессионал должен владеть всеми видами обезболивания.

Ошибкой анестезиолога является безоглядное применение новых наркотических средств и других медикаментов, как в процессе наркоза, так и в послеоперационном периоде, в котором оперированный больной нуждается в наблюдении в течение определенного времени. Это время реаниматолог определяет сам, не делея ответственности ни с кем.



## 5. Технические ошибки

**Доступ.** По правилам хирургии проникновение в глубину тканей должно создавать обзорение в виде конуса, обращенного вершиной в глубину.

Это касается всех операций, производимых традиционным способом. Такое «конусовидное» проникновение с хорошим обзором достигается достаточной длиной кожного разреза, применением ранорасширителей, релаксацией мышц и хорошим освещением.

Применение малых разрезов со специальными осветителями пригодно для ограниченного круга операций и в экстренной хирургии (например, при панкреонекрозе, разлитом перитоните, кишечной непроходимости) неприменимо. Лапароскопический доступ при минимальном разрезе брюшной стенки дает лучший обзор за счет освещения и оптических приборов.

Особо длинные разрезы, которые мы применяли в 50-е и 60-е годы, явно затрудняли активное дыхание оперированных.

Хирурги всегда стремились ограничить при разрезах брюшной стенки пересечение мышц. Идеального результата в этом смысле удалось достичь при аппендэктомии. При переменном разрезе по Мак Бурнею—Волковичу рассекаются передний и задний апоневрозы наружной косой мышцы живота, а после вскрытия брюшины рана расширяется тупо с помощью крючков.

Рациональность такого разреза подтверждается тем, что послеоперационная грыжа в такой ране наступает только при значительном нагноении всех слоев раны или при введении тампонов через эту рану.

С точки зрения целевого рассмотрения большой интерес представляет *linea alba* (L.A.) брюшной стенки. Ее наличие целесообразно, а функция заключается в чисто механическом удержании прямых мышц от расхождения. Вместе с тем, толщина L.A. (2—3 мм) позволяет рассекать брюшную стенку, а после операции надежно ее зашить.

Следует, правда, оговориться, что неадекватное ушивание L.A. или конституциональные особенности организма (разволокненный апоневроз) стимулируют расхождение раны в ближайшие дни после операции.

Примерно в 50—60-е годы, когда нагрузка операций на руководителя клиники резко возросла, появилась мода, заимствованная из европейских и американских «конвейерных» методов, — ответственный хирург зашивает брюшину, а помощники (ординатор, интерн) зашивают брюшную стенку. При этом не соблюдаются скрупулезные детали техники: применяются неоправданно большая игла, не очень крепкие нити, допускается недостаточное стягивание сторон из-за близкого к краю вкола иглы. И, конечно же, после — нагноения операционной раны.

Тем не менее, в тех случаях, когда это возможно, хирурги предпочитают разрез по средней линии, т.к. это дает возможность скорее получить доступ, скорее закончить операцию с помощью простого шва.

**Обзор брюшной полости.** Если в грудной полости обзор не представляет трудностей, то в брюшной полости это — один из главных и достаточно сложных этапов лапаротомной операции.

Когда локализация очевидна, хирург, не теряя времени, сразу приступает к делу, когда, например, обнаружен деструктивный аппендицит или холецистит, рак или язва желудка.

При кишечной непроходимости существуют определенные правила первичной ориентировки. Если предварительно не уяснена локализация препятствия, то после средне-срединной или нижне-срединной лапаротомии первым движением хирург ощупывает слепую кишку. Это движение позволяет сразу определить уровень непроходимости. Если слепая кишка раздута, то, следовательно, непроходимость толстокишечная. Если же слепая кишка спавшаяся, то значит нужно искать препятствие в тонкой кишке.

При некоторых заболеваниях ориентировке помогает вид экссудата: желтый — при патологии желчных путей, темно-коричневый — при панкреонекрозе и кишечном инфаркте, белый — при гинекологическом перитоните.

Гнилостный запах свидетельствует об омертвлении тканей (перфоративный аппендицит, тромбоз брыжеечной артерии, узлообразование).

Нередкой ошибкой осмотра брюшной полости является остановка поиска после обнаружения прободной язвы желудка или ДПК на передней стенке (ДПК — двенадцатиперстная кишка).

Обнаруженная причина перитонита успокаивает хирурга, и он заканчивает операцию ушиванием язвы. Однако хорошо известно, что перфорировать могут **две язвы** — на передней и задней стенках. Если хирург во время операции увлечен задачей ушивания язвы, то позднее может наступить жестокое разочарование.

**Пример.** В моей памяти сохранился случай 1991 г. Юноша 21 года поступил ночью с прободной язвой ДПК. Молодой хирург (второй дежурный хирург) получил доступ к операции, хорошо зашил прободное отверстие и на этом операцию закончил.

Послеоперационный период протекал сложно. Особых жалоб больной не предъявлял. Во время обхода на вопрос о самочувствии отвечал: «Нормально». Однако кишечные шумы прослушивались вяло, отмечалось раздражение брюшины, и когда эти симптомы стали угрожающе стабильными (на 4-й день после операции) решено было выполнить релапаротомию. Оказалось, что имела место перфорация язвы на задней стенке ДПК, и после операции больной отвечал «нормально», и после еще двух релапаротомий ответ был тем же. Накануне смерти (на 20-й день) он — истощенный и обезвоженный, не изменил своей лексики.

## 6. Ятрогенные повреждения

Чаще других органов хирурги (иногда имеющие определенный опыт) повреждают общий желчный проток при резекции желудка по поводу большой калезной пенетрирующей язвы ДПК и запущенной ЖКБ с воспалительным инфильтратом.

С тех пор как операционная холангиография стала составной частью операции на желчных путях, число таких повреждений уменьшилось.

Неприятным осложнением при операции острой кишечной непроходимости является внезапное опорожнение в брюшную полость содержимого некротизированной кишки.

Ошибка в данном случае заключается в том, что прежде, чем манипулировать с раздутым и переполненным содержимым кишечником, следует удалить его через специальный зонд.

При резекции желудка по поводу рака с прорастанием опухоли в брыжейку толстой кишки, рассечение *a. colica media* производится близко к аркаде. При этом скелетируется и некротизируется часть толстой кишки.

При большой опухоли, циркулярно охватывающей восходящий отдел толстой кишки, в препарат может попасть часть мочеточника. Иногда, если опухоль интимно прорастает мочеточник, избежать этого не удастся, но нередко повреждение мочеточника остается незамеченным (!), и тогда наступает катастрофа.

Перечисленные ятрогенные повреждения связаны, как правило, со сложностью патологий.

Однако в памяти сохранились уникальные по дикости повреждения, не поддающиеся логическому анализу, которые были расценены как преступная халатность.

**Пример I.** В 1950 г. нас ознакомили с приказом МЗ РСФСР о следующем случае: в г. Перми оперируется ребенок 6 лет по поводу варикоцеле. Оперирует **ассистент** клиники Г. Во время операции в операционную заглянул доцент, исполняющий обязанности заведующего кафедрой (профессор Б.В. Парин в это время был в командировке в Днепропетровске) и не нашел ничего необычного. Хирург Г. сделала разрез параллельно паховой складке и вдруг обнаружила обильное кровотечение. Оказалось, что первым разрезом она пересекла ребенку *penis*! Скандал принял всероссийский масштаб, всех причастных уволили (в том числе и профессора Б.В. Парина, которого в клинике не было). Г. была осуждена условно. Причиной ошибки была вопиющая некомпетентность и равнодушие старших товарищей к «малым» операциям.

**Пример II.** В 1949 г., когда я приехал по назначению в г. Троицк Челябинской области, там сменился главный врач больницы. Прежнего уволили из-за удивительного, дикого случая. Главный врач жил при больнице, и его нередко приглашали на консультации к сложным больным.

На этот раз это были роды. У плода выпала ручка, и плод застрял в матке не в силах преодолеть ситуацию. Главный врач, увидев нарастающие схватки и угрозу жизни матери, вместо простой акушерской манипуляции (например, «повороте на ножку») решил спасти жизнь матери, пожертвовав жизнью ребенка.

Он взял большие ножницы и отсек ребенку ручку (!). Избавившись от тормозящего влияния ручки, плод повернулся, и тотчас родилась вполне здоровая девочка.

Не дожидаясь расплаты, главный врач в этот же день уехал вместе с семьей в неизвестном направлении<sup>1</sup>.

**Пример III.** В 1960 г. Горьковский медицинский институт закончил весьма энергичный молодой человек. По распределению он был направлен в облздрав другой области, где был обласкан руководством и назначен на должность в лечебный отдел облздрава.

Там он успешно работал, но избранная специальность — хирургия — по-прежнему волновала его, и он в инспекторских поездках в райцентры стремился прикоснуться к операционному столу.

Однажды без всякой предварительной подготовки он стал оперировать больного с хроническим аппендицитом и... пересек подвздошную артерию, приняв ее за червеобразный отросток. Больной остался жив, т.к. в операцию включился местный заведующий хирургическим отделением и перевязал артерию, но наступила гангрена конечности, и дело закончилось высокой ампутацией бедра.

По этому случаю было возбуждено уголовное дело, молодой специалист был осужден (условно) на 2 года, ему было запрещено заниматься хирургической деятельностью. Этому доктору были чужды моральные основы врача. Его хирургическое мышление не имело исходной базы, и все его действия имели характер нахального невежды.

Моральные издержки иногда могут привести к печальным последствиям.

---

<sup>1</sup> В первые послевоенные годы на фоне острого дефицита кадров на врачебные должности зачисляли демобилизованных военных врачей, имеющих соответствующее воинское звание. Сложность ситуации состояла в том, что на фронте к очередному званию офицеров представляли через определенные отрезки времени.

Первичное звание фельдшера до 1943 года было «военфельдшер», затем старший «военфельдшер» (три кубика в петлицах), а затем... присваивалось звание капитана... административной службы (но не медицинской). Такие капитаны носили узкие погоны с «серебряным» полем (не «золотым», как у других офицеров).

В повальной демобилизации 1945—1946 гг. некоторые весьма энергичные фельдшера в звании капитана и даже майора надевали полевые (зеленого цвета) погоны и представлялись в гражданских органах здравоохранения капитанами и майорами медицинской службы. Как правило, это были представительные энергичные мужчины, и они успешно работали в должностях главных врачей.

**Пример IV.** В 1950 г. в Троицкую городскую больницу привезли молодого человека с сильными болями в животе. У него была повышенная температура, дважды была рвота и при пальпации определялась интенсивная болезненность в правой подвздошной области, но... у больного был заживший рубец в правой подвздошной области и справка из нашей больницы о произведенной несколько месяцев тому назад аппендэктомии.

Это было время смены кадров больницы, и в хирургическом отделении работал хирург из другой районной больницы. В операционном журнале четко расписана обычная аппендэктомия. В связи со всем этим назревали трудности диагностики.

Очень опытная операционная сестра не могла внятно ответить, что именно удалил хирург (тогда в этой больнице удаленные отростки гистологически не исследовались).

Мне пришлось телеграммой вызвать того хирурга на очную аудиенцию, и в процессе акцентированного «допроса» он признался, что удаленный кусочек ткани ему показался хронически измененным облитерированным аппендиксом.

Мы вместе с этим хирургом помыслили на операцию и с большими трудностями удалили гангрено-измененный большой отросток.

Данный случай окончился благополучно только потому, что:

1. первая операция была произведена в том же хирургическом отделении;
2. опытная операционная сестра не подтвердила факта удаления червеобразного отростка;
3. оперирующий хирург находился в достижимом отдалении от нашей больницы.

Из этого случая мы сделали следующий вывод: удаленный препарат должен был тщательно описан хирургом и идентифицирован при гистологическом исследовании. В последующие годы я очень часто делал замечания дежурным хирургам по поводу односложного описания препарата. **А вообще, всякая неправда в хирургии может обернуться трагедией.**

**Пример V.** В 1976 г. ко мне в Волгоградскую клинику пришел врач-рентгенолог из г. Волжского. Он поведал мне, что у его отца 68-ми лет уже в течение года имеется механическая желтуха. Местные врачи поставили диагноз распространенного рака в желчно-панкреатической зоне.

За 2 года до этого он в Волжском был оперирован по поводу желтухи, и ему был выполнен холедоходуоденальный анастомоз (ХДА). На какое-то время желтуха прошла, затем вновь появилась и нарастала в угрожающем темпе.

Коллега понимал, что в этой ситуации мы ничем помочь не можем, но отец очень просил, настаивал, чтобы я его проконсультировал. Врач уверял меня, что больного он сейчас же заберет обратно и не

будет обременять клинику неоперабельным больным. Когда привезли больного, мне сразу показалось, что осмотр носит чисто формальный характер: крайняя степень истощения, предельно интенсивная желтуха, а главное — большая каменистой плотности опухоль в правом подреберье.

Отправить домой больного мы не могли и подосадовали доктору, что он привез нетранспортабельного больного — уж лучше на консультацию я приехал бы в Волжский.

Пришлось больного госпитализировать. Лечащий врач дал какие-то формальные назначения (как оказалось, уже почти полгода больной никакого лечения, кроме наркотиков при боли, не получал).

Через несколько дней, проходя мимо палаты с открытой дверью, я увидел, что наш «нетранспортабельный» что-то объясняет соседу, энергично размахивая рукой, в которой была зажата газета.

Я подошел к нему, спросил о самочувствии. Он сказал, что самочувствие улучшилось. При пальпации живота размеры опухоли не изменились, и я решил посмотреть, что же у него происходит в области желчного пузыря.

Мой доцент, обычно флегматичный интеллигентный человек, на этот раз энергично возражал против напрасной операции. Тем не менее, я назначил операцию, начать которую должен был ассистент клиники — видный специалист в патологии желчных путей.

Примерно через 20 минут меня позвали в операционную, и хирурги продемонстрировали мне неподвижную опухоль и множество мелких (2—3 см) метастазов по всему сальнику и под капсулой печени.

Я попросил вырезать 2—3 метастаза и скальпелем их разрезал. Оказалось, что это вовсе не метастазы, а обызвествленные кисты, по видимому, стеатонекрозы от перенесенного панкреатита.

Включившись в операцию, я все-таки удалил «опухоль», которая оказалась обызвествленным желчным пузырем с инфильтратом, сдавливающим желчные протоки. Желтуха исчезла, и больной поправился к вящей радости самого больного, его сына и родственников. «Обызвествление» желчного пузыря произошло в связи с тем, что ХДА был наложен при сохранным желчном пузыре.

Этот случай показывает, что к онкологическому «приговору» следует относиться осторожно, и всякая опухоль должна быть верифицирована до или во время операции.

Существует специальная литература об ошибках при тех или иных заболеваниях и в хирургии вообще. Суммируя сведения из публикаций, а также из собственного длинного пути в хирургии, прихожу к выводу, что наиболее грубые ошибки случаются в рамках «человеческого фактора». Даже, когда корень ошибки находится в сложности патологии, то и тогда хирурга подводит особенность мышления, не полностью соответствующая создавшейся ситуации.

Именно профессионализм хирурга позволит ему найти наименее опасный для пациентов вариант.

**Пример VI.** На онкологической конференции в Ленинграде в 1947 году в заключительном слове председатель Н.Н. Петров привел случай из своей практики: он производил высокую ампутацию бедра у молодой женщины по поводу саркомы. После пересечения мягких тканей у больной случился коллапс. Приготовившийся перепиливать кость Н.Н. отложил инструмент в сторону и сказал, что окончание операции откладывается до утра. Действительно, утром операция была благополучно закончена.

Компетентный хирург-профессионал не озаботится потерей престижа, а сделает так, как лучше для больного. Профессионал, в отличие от «джигита», «любителя» или «дилетанта», в худшем смысле этого слова все свои действия направит в пользу пациента.

Из всего сказанного можно сделать вывод, что ошибки, как правило, гнездятся в рамках первичной операции. Именно они приводят как к плохим непосредственным, так и к плохим отдаленным результатам, нередко обрекающим больного на повторную операцию.

## 7. Релапаротомия (РЛ)

Хирурги о релапаротомии в первые дни после операции думают с отвращением. Редко хирург заранее определяет меру своей ошибки, приводящей к необходимости релапаротомии. Очень уж не хочется допустить доказательства своей оплошности, а может быть, и некомпетентности.

Поэтому нередко релапаротомия запаздывает. Как правило, к релапаротомии хирург неподготовлен при наличии явного неблагополучия. На первых порах сомнительных симптомов хирург от релапаротомии старается уклониться в надежде, что все обойдется...

Главным признаком неблагополучия являются симптомы раздражения брюшины и кишечной непроходимости.

**Пример I.** В январе 1999 года у больного 52 лет произведена резекция желудка по поводу калезной язвы ДПК, пенетризирующей в головку поджелудочной железы, сложная обработка культи ДПК. На 4-й день появились симптомы раздражения брюшины. И хирургу, и заведующему отделением было ясно, что неблагополучие локализуется в культе ДПК. Тем не менее, решено было выждать и вести больного с помощью зонда, заведенного в приводящий отдел анастомоза. Однако через сутки появились внезапные боли в животе, и на предпринятой немедленно релапаротомии обнаружено полное расхождение швов культи ДПК с выраженным перитонитом. Длительный тяжелый послеоперационный период. Досадная ситуация. Если бы релапаротомия была предпринята в первые три дня, когда превалировали «сомнения», то, скорее всего, при релапаротомии удалось бы ограничить недостаточность дополнительной перитонизацией культи.

**Пример II.** В июне 1953 года я оперировал молодого человека 29 лет по поводу язвы желудка. Была выполнена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру (Г-Ф). Как только больной начал пить воду не из ложки, а из стакана, стало ясно, что у больного непроходимость в области гастроэюнального анастомоза.

Поскольку операция резекции желудка по Г-Ф была много раз и досконально освоена еще в клинике Березова, затем в г. Троицке, а также в первые два года работы (в 1951—1952 гг.) в Бассейновой больнице Верхне-Волжского водздравотдела, где и совершалась описанная операция, я был спокоен за все этапы резекции желудка и думал, что у больного функциональная непроходимость анастомоза. Ему проводились регулярные промывания желудка на фоне парентерального питания и регулярные рентгеноскопии желудка, во время которых вновь убеждались в непроходимости анастомоза. К исходу 12 дня стало очевидно, что это не отек, а нечто, более органическое.

В это время врач И.Л. Ротков — хирург из другой больницы — готовился к защите кандидатской диссертации по теме: «Гастроскопия желудка»<sup>1</sup>.

Гастроскопия показала, что анастомоз сдавлен сильно выступающей (вовсе не воспаленной) задней стенкой анастомозируемой кишки. Тотчас была предпринята релапаротомия, во время которой передняя стенка кишки была рассечена продольно, а ушита в поперечном направлении.

Больной через день уже ел кашу и бульон и быстро начал поправляться...

Многочисленные релапаротомии, предпринятые в последующие годы, имели значительно более короткий срок между операцией и релапаротомией, и очень много больных были спасены за счет изменения амбициозности хирургов и более трезвого отношения к создавшейся ситуации. Однако в ряде случаев все же приходится преодолевать принципиально негативное отношение к релапаротомии.

В заключение раздела об ошибках приведены данные А.П. Загрядской и др. (О профессиональных и профессионально-должностных правонарушениях медицинских работников//Нижегородский медицинский журнал 2000, №1, с. 110—114).

Основное законодательство об ответственности медицинских работников закреплено в «Основах Законодательств Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993 г.).

Виновным в преступлении может быть признано лишь лицо, совершившее его или умышленно или по неосторожности (по легкомыс-

<sup>1</sup> В то время в СССР мягких гастроскопов не было, И.Л. Ротков пользовался металлическим (вроде шлагги факира) и резиново-металлическим гастроскопом. Тем не менее, мы полагаем, что короткая культя желудка может быть осмотрена через любой гастроскоп.



лию или небрежности). Это положение регламентируется ст. 14 Уголовного Кодекса РФ.

В приведенных выше примерах имеются случаи, когда можно квалифицировать действия как легкомыслие или небрежность.

В соответствии с приложением №1 к ст. 285 УК РФ должностными признаются лица постоянно, временно или по специальному полномочию осуществляющие функции власти, ... административно-хозяйственные в государственных органах, органах местного самоуправления.

Применительно к медицинским учреждениям должностными лицами являются главные врачи, их заместители, заведующие отделениями, дежурные врачи, главные и старшие медицинские сестры.

К профессиональным правонарушениям относятся:

1. Ненадлежащее выполнение своих профессиональных обязанностей, приведшее к смерти или тяжким последствиям и средней тяжести вреда здоровью (ст. 109, 114).
2. Заражение ВИЧ-инфекцией вследствие ненадлежащего исполнения своих профессиональных обязанностей (ст. 122). К данной статье относится, скорее всего, ошибка при переливании крови, как это случилось в одном детском учреждении на юге страны.
3. Незаконное производство аборта (ст. 123).
4. Неоказание помощи больному без уважительной причины (ст. 124).

**Пример.** В 1959 г. мне пришлось быть свидетелем и участником следующего случая.

Ночью в приемный покой больницы милиционеры на милицейской машине привезли мужчину 48 лет в состоянии алкогольного опьянения средней степени. Он жаловался на сильные боли в животе, сопровождаемая стоны отборной нецензурной бранью и воплями, что его били в милиции сапогами по животу.

В этот день по городскому графику больница не принимала экстренных больных, и дежурил молодой врач без нагрузки по экстренной хирургии.

Очень раздосадованный вторжением столь неудобного больного, врач с трудом осмотрел его (тот все время норовил упасть с кушетки на пол).

В момент осмотра больной вдруг соскочил с кушетки и сотворил обильный акт дефекации прямо посреди приемного покоя.

Увидев такой хулиганский поступок и оценив наличие стула как отсутствие патологии в брюшной полости, разъяренный врач прекратил осмотр и велел милиционерам забрать больного обратно в КПЗ. Но милиционеры отказались и быстро уехали.

Тогда дежурный хирург под влиянием увиденного и услышанного выгнал больного на улицу (была зима).

Примерно через 2 часа несколько протрезвевший больной вновь пришел в приемный покой и заявил, что домой попасть не может, т.к. живет на окраине Сормово.

Больного положили на кушетку и, успокоенный и согретый, пациент заснул.

Дежурный врач, сестра и санитарка тоже ушли отдыхать.

Утром (примерно через 4—5 часов) санитарка проснулась от стонов злополучного больного.

Разбуженный ранним утром дежурный врач при повторном осмотре обнаружил симптомы раздражения брюшины. Обеспокоенный этим, а также всей, почти криминальной ситуацией, дежурный врач-хирург вызвал из дома доцента, который распорядился немедленно готовить операционную.

Лапаротомия полностью прояснила ситуацию: в брюшной полости обнаружено около 1,5 литров крови и **разрыв брыжейки тонкой кишки**. Стало ясным, что у больного была тупая травма живота, но без повреждения кишечника. Больной поправился, но перед выпиской обещал подать в суд на милицию (в 1959 году??) и на дежурного врача. Для последнего дело кончилось выговором. По-видимому, больной никаких жалоб не писал, т.к. нашего доктора куда не вызывали. Если допустить, что такая ситуация состоялась бы в 1999 или 2000 году, то больной жалобу написал бы наверняка, и тогда неприятности постигли бы и милиционеров, и дежурного врача, поскольку последний нарушил врачебный кодекс, что наказуется ст. 124, и причинил пациенту моральный ущерб, размер которого оценил бы суд.

«Основа законодательства РФ об охране здоровья граждан» (1993 г.) декларирует, что в случае недобросовестного выполнения медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей... виновные обязаны возместить ущерб в объеме и порядке, установленных законодательством.

В «Основах...» также предусматривается право больного на облегчение боли при получении медицинской помощи, даже при благополучном исходе медицинского вмешательства, но если при этом пациенту причинены физические страдания, вследствие отсутствия обезболивающих средств и ненадлежащего выполнения данной манипуляции<sup>1</sup>.

Пациент имеет право требовать компенсацию за причиненный моральный вред.

К сожалению, многие хирурги плохо знают «Основы...». Нередко приходится наблюдать диалог врача-хирурга с больным или его родственниками в виде отрывистых малоинформативных фраз, которые больной или его родственник могут расценить как грубость. Так вот,

<sup>1</sup> В одной больнице Нижнего Новгорода длительное время велось расследование преступления, связанного с хищением наркотиков. Выяснилось, что одна из сестер этой преступной группы вместо наркотиков вводила онкологическим больным раствор новокаина, а ампулы промедола ежедневно уносила домой.

в «Основах...» есть положение такого свойства: «Даже элементарная грубость, проявление неуважения и негуманного отношения со стороны медицинского персонала являются нарушением прав пациента со всеми вытекающими последствиями» (А.П. Загрядская и др., с. 111).

Такие нарушения прав пациента присущи в большей степени медсестрам и санитаркам. Больные не подают письменных жалоб в правоохранительные органы, как мне представляется, в связи с пониманием того, что эти действующие лица хирургических отделений (в отличие, может быть, от менее «напряженных» — терапевтических, глазных, ушных и др.) выполняют свой тяжелый труд за нищенскую зарплату.

В цитируемой статье руководителей учебно-научного производственного объединения «Судебная медицина» (Ярославль) отмечено, что «...большинство уголовных дел, возбужденных... против медицинских работников... прекращались в стадии предварительного следствия». Учитывались обстоятельства оказания помощи в условиях ургентной хирургии, когда альтернативы экстренным вмешательствам нет.

«Крайняя необходимость, согласно УК РФ, является обстоятельством, исключающим уголовную ответственность, если при этом не было допущено превышение ее пределов» (ст. 16 УК РФ). Последняя часть утешительной фразы свидетельствует о широком толковании этой статьи, и ее применение во многом зависит от субъективных обстоятельств.

В этой же статье (А.П. Загрядской и др.) дается оценка так называемым врачебным ошибкам: «**В юридической литературе такого понятия нет**, но в медицине под врачебной ошибкой понимают **добросовестное заблуждение врача** в его суждениях и действиях, при отсутствии элементов халатности или медицинского невежества» (с. 114).

С учетом того, что по наблюдениям авторов статьи количество гражданских дел о возмещении пациентам компенсации за причиненный моральный ущерб **увеличивается**, медики всех рангов не должны игнорировать статьи 14, 16, 285 УК РФ и множество статей «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан», среди которых есть достаточно опасные, например ст. 293: «... халатность, т.е. неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом (главный врач, заведующий отделением, дежурный врач) своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе».

Приведенные мною примеры и многолетней давности, и весьма злободневные показывают, что врачам, и особенно хирургам, в своих размышлениях и действиях, кроме **первичной идеи** добросовестного оказания помощи пациенту, нужно иметь в виду возможные последствия сиюминутной недооценки ситуации.

## Глава IV. Медицинское образование

В высшем медицинском учебном заведении готовят врачей общего профиля. За 6 лет студенту предстоит **ознакомиться** со всеми разделами медицинских наук современности от анатомии и общей химии до реаниматологии и трансплантации органов.

Обучение в ВУЗе не предусматривает какой-либо специализации. Даже современный шестой курс и интернатура не может сотворить профессионала. Они дают только осознанное направление для развития будущего специалиста.

Очень небольшая (примерно 10%) часть студентов использует возможности институтских лабораторий и клиник для более быстрого вхождения в специальность.

Теоретическое образование заканчивается третьим курсом. На четвертом курсе начинается тренинг. Пишется длинная история болезни с привлечением литературы. Исполняется модель будущей деятельности в замедленном темпе.

В практической работе врач будет делать то же самое, что на четвертом курсе, но в ускоренном темпе. Профессиональное ускорение зависит не только и не столько от памяти, сколько от тренировки. Спортсмены и музыканты с первых шагов своей профессии ежедневно тренируются по несколько часов. Работа врача не менее ответственна, чем работа дискобола или прыгуна в высоту.

Поэтому наибольшего успеха достигают студенты, которые с ранних курсов осознают значение тренинга, нарабатывают врачебные навыки.

Эти студенты (сужу по хирургической субординатуре 80—90-х годов) быстро становятся узнаваемыми персоналом, поскольку постоянно пребывают в клинике, иногда в ущерб другим дисциплинам, и охотно исполняют мелкие поручения врачей и старших сестер. Вместе с тем они знакомятся со стилем работы хирургического отделения, участвуют в качестве помощников в стрессовых ситуациях и нередко участвуют в серьезных операциях третьим и четвертым помощниками, а на мелких операциях — первым ассистентом.

Все эти навыки «по ходу дела» закладываются основой подготовки хирурга.

Другое дело интерн. Семантически слово «интерн» переводится как «внутренний». Означает это то, что молодой человек находится **внутри** клиники всегда.

По идее предполагается, что интерн в течение всего срока интернатуры проживает непосредственно в **хирургическом** отделении, и каждый поступающий больной вне зависимости от времени поступления, прежде всего, осматривается интерном. Такой идеальный вариант на деле не осуществляется по ряду причин. В начале введения интернатуры предполагалось распределение субординаторов по рай-

онным больницам, где для одного интерна выполнены бы задуманные условия, и после окончания интернатуры абитуриент получал должность ординатора в «надшефном» отделении. Но постепенно было усмотрено, что бесконтрольное пребывание интернов в районной больнице не соответствует стилю организации здравоохранения, появились финансовые и кадровые проблемы. В конце концов, интернатура была передана в ведение одной из хирургических кафедр с передачей фонда заработной платы и тому подобное.

Кроме того, пребывание интернов в пределах одного института соблазнило начальство (конечно же, под давлением кафедр, бедных учебными часами) нагрузить интернов дополнительной, по большей части теоретической, информацией. В конечном счете, интернатура постепенно трансформировалась в седьмой год обучения, что никак не предусматривалось при ее введении.

Когда я впервые встречался со своей новой группой субординаторов, я рассказывал им (как мне казалось, со смыслом и юмором) придуманную мною «байку» следующего содержания:

1. Все люди склонны ошибаться. Врачи не составляют исключение. Люди со средним или выше среднего интеллектом в своей врачебной жизни совершают энное количество ошибок. Обозначим это число  $n$ . То есть за время своей врачебной деятельности максимум числа ошибок равен  $n$ . Поскольку на ошибках учатся, то чем больше число ошибок приблизится к  $n$ , тем меньшее число ошибок останется на будущее. Вопрос заключается только в том, в какой период своей профессиональной деятельности этот доктор совершит наибольшее количество ошибок ( $m$ ), чтобы разность  $(n - m)$  была минимальной. Конечно, каждая врачебная ошибка таит в себе дефицит здоровья для пациента; но если эти ошибки совершаются в первые годы работы, а еще лучше во время обучения на старших курсах и интернатуре, то пагубный характер ошибки будет предотвращен преподавателем, старшим ординатором, ассистентом.
2. Поэтому прямой смысл приобретают активные действия студента, интерна, которые могут привести к ошибке. Но не нужно стесняться ошибок; наоборот, их нужно коллекционировать и радоваться тому, что часть этих ошибок уже выполнена ( $n - m_1, n - m_2, n - m_3$  и  $n - m_n$ ), так что разность  $(n - m)$  по мере интенсивной деятельности студента все время уменьшается. Именно в этом ключе действовали некоторые мои ученики, накопившие в молодые годы интерес к проблемам хирургии и ставшие выдающимися хирургами всероссийского масштаба. К сожалению, истинная ценность студента-субординатора-интерна в 70-е годы определялась, прежде всего, тем, что он **умеет**, и только затем, что он **знает**. Начали сокращать («уплотнять») часы на теоретических кафедрах (анатомия, гистология, биохимия, химия, физиология, патологическая анатомия и патологическая физиология). Положение несколько улуч-

шилось после сокращения «марксистских» дисциплин; но все равно уровень теоретической подготовки остался на прежнем недостаточном уровне<sup>1</sup>. В 60-е годы интернатуры не было; образование заканчивалось субординатурой, которая по мысли ее учредителей давала возможность студенту находиться на кафедре хирургии **в течение всех учебных часов** шестого года обучения. И тогда большинство из этих субординаторов становилось хирургами, если во время субординатуры они не чуждались научной работы. Наибольшего успеха достигают те студенты, которые осознали этапы своего обучения как **цель** достижения профессионализма.

В 1954—1956 гг. в моей группе находился деревенский паренек из Кировской области. Получив задание по нашей с ним совместной работе, он проявил **такую активность**, что к концу обучения набрал материал для диссертации.

В дальнейшем я имел возможность ознакомиться с высоким качеством его научной работы (я был официальным оппонентом его кандидатской и докторской диссертаций). Что касается практической хирургии, то он, являясь руководителем центра хирургии печени, заслуженным деятелем науки РФ, членом-корреспондентом РАМН, выпустил ряд монографий, в которых описаны «запредельные» по сложности резекции печени при альвеококкозе и опухолях. Я абсолютно убежден, что его выдающиеся успехи в хирургии имеют в основе **неистовое стремление** к совершенствованию, начало которому положено в студенчестве.

Другой мой ученик проявил свое стремление к хирургии уже на втором курсе. В субординатуре он занял лидирующее положение и поражал нас всех обширными познаниями в выбранной им теме. Здесь я тоже наблюдал **«неистовое стремление»** в сочетании с необыкновенно быстрым усвоением техники элементарных хирургических операций. Через год самостоятельной работы в участковой больнице он поступил в аспирантуру к Б.В. Петровскому, затем защитил кандидатскую и докторскую диссертации и стал заведовать отделом, прославился как лучший хирург Москвы по хирургии желудка и пищевода, избран членом-корреспондентом РАМН.

Если студент не теряет времени на первых курсах, использует все возможности субординатуры со значительной активностью, то его дальнейшая карьера как хирурга состоится в превосходной степени.

---

<sup>1</sup> В 1970 г. у меня в клинической ординатуре на кафедре факультетской хирургии Волгоградского мединститута находился тунисец Бусетто, один из шести сыновей богатых родителей. Его старший брат учился в Сорбонне. Я спрашивал Бусетто, почему он учится в Волгограде, а не в Париже? Среди разных причин он выделял главную: в Волгограде профессор здоровается с ним за руку и иногда берет на профессорскую операцию, а его брат встречается с профессором только на оплаченном экзамене; более близкое знакомство состоится только благодаря многократным провальным экзаменам.

Я полагаю, что крен 70—80-х годов в сторону «практических навыков» сильно ограничил диапазон врачебного мышления выпускников, «опустив» их в сторону фельдшерских умений.

## 1. Практические занятия и лекции по хирургии

Хирургия всегда являлась практической профессией. Но, приобретя столь широкий размах, освоив операции на сердце, добившись впечатляющих результатов в трансплантации, она стала в один ряд с медицинскими дисциплинами, постоянно нуждающимися в теоретическом целенаправленном осмысливании.

Уже много лет ведется «глухая» борьба идеологов медицинского образования о том, каково должно быть соотношение и содержание практических занятий и лекций на клинических кафедрах и каковы их качественные содержания.

К сожалению, на многих клинических кафедрах студенты старших курсов «пробегают галопом» по специальностям, не успевая даже бегло с ними ознакомиться.

Другое дело факультетские и госпитальные терапевтические и хирургические кафедры. На эти специальности отводится достаточно большое количество учебных часов, и подкрепляются они производственной практикой.

Однако с «юных лет» на младших курсах студенты еще не отвыкли от школьного «накачивания» информацией, и хорошим студентом считается тот, у кого составлены наиболее полные конспекты.

Некоторые студенты к 4-му курсу от этой привычки избавляются, но большинство приходит на клинические лекции и практические занятия за материалом для предстоящего экзамена. Их поведение на практических занятиях, семинарах и лекциях пассивное, нередко равнодушное. И если по данным специалистов по педагогике пассивная усвояемость информации у *добросовестных* студентов не превышает 15%, то у менее добросовестных она значительно ниже.

Практически мы примирились с тем, что на многих лекциях аудитория заполнена на 50%. С одной стороны, это свидетельствует о качестве лекции, а с другой — о твердом убеждении студентов, что и без лекции можно сдать любой экзамен.

В чем же смысл клинической лекции?

Я полагаю, что в каждой лекции *профессор* (желательно, чтобы абсолютное большинство лекций читал профессор) излагает новейшие данные науки по теме. Поскольку медицинские науки весьма динамичны, это прибавляет студентам новую информацию. Но не это главное!

Главное в клинической лекции — инициировать мыслительный процесс на примере конкретного больного, приблизить ситуацию к встрече врача с больным и возбудить мышление студента как на лек-

ции, так и на практическом занятии, показать студенту, что встреча с больным требует решения как общих, так и специфических проблем.

Задача преподавания клинической дисциплины заключается не в запоминании фактов (конечно, элементарные факты запомнить нужно), а в мысленном синтезировании теоретических и практических данных применительно к конкретной ситуации. Это и называется «обучением студента клиническому мышлению», что предусмотрено программой обучения студента на 4—5 курсах.

Наилучшим способом обучения студентов старших курсов является проблемный способ обучения.

Как известно, если не предвидится зачетное занятие, то студенты, как правило, к практическим занятиям не готовятся, а к лекциям тем более.

Поэтому в практических занятиях по хирургии студенты должны быть осведомлены о теме следующего занятия, и им должна быть рекомендована литература, в которой как можно более лаконично изложена суть темы. Не следует называть 50—100 страниц толстого учебника: никто такие рекомендации не выполняет. С учетом некоторого наличия информации занятие конструируется с учетом этого обстоятельства, желательно, в виде игровой модели.

**Пример.** В группе субординаторов тема — прободная язва желудка. Среди субординаторов распределяются роли: больной, врач скорой помощи, врач приемного покоя, лечащий врач стационара, заведующий отделением, анестезиолог, оперирующий хирург-реаниматолог, родственники больного.

Для начала больной предъявляет жалобы врачу скорой помощи (при этом он может допустить ошибки, которые озвучивает «врач скорой помощи»). Больной доставлен в приемный покой, он продолжает жаловаться, и здесь происходит встреча врача скорой помощи с врачом приемного покоя. Группа совместно устраняет возможные конфликты (врач приемного покоя не уверен в диагнозе).

Больного смотрит заведующий отделением и принимает решение о госпитализации, консервативной терапии и подготовке к операции. Все его решения обсуждаются группой.

Больного осматривает анестезиолог, принимает решение о состоянии больного, риске операции, способе обезболивания.

Хирург, назначенный на операцию, рассказывает о предполагаемой операционной находке и способе операции (ушивание, резекция или комбинация) и рисует варианты операции. После перемещения больного в палату интенсивной терапии последняя осуществляется по схеме применительно к данному больному. Затем вся группа обсуждает отдаленные результаты, режим, диету и возможность повторной операции.

На все эти действия и разговоры уходило 4—4,5 часа.



Субординаторы вспоминали эти игровые занятия через много лет после окончания института.

Такие проблемные (игровые) ситуации можно частично создавать на любом занятии (4 и 5 курса) и по любому предмету.

Для этого нужна подготовка не только студента, но и (главным образом) преподавателя. Занятие должно быть заранее продумано, режиссура отлажена, основы знаний студентов проверены; имеется убежденность, что студенты готовы к занятиям. Если студенты **не готовы**, такое занятие не состоится; если не готова часть студентов (3—4 человека), то они из данного занятия исключаются, и им предстоит **отработка** занятия вне учебного времени и по какой-либо другой методике.

Для того чтобы преподаватель проводил проблемные занятия, он должен быть **полностью погружен** в свою профессию, быть ее фанатом и постоянно размышлять о КПД своих занятий!..

На лекциях проблемную ситуацию создавать и труднее, и легче. Труднее, потому что аудитория велика (100—150 человек) и устанавливается контакт только со сравнительно небольшой частью; легче потому, что рядом с лектором находится больной, ему нужно поставить диагноз, назначить лечение, поставить показания к операции, выбрать метод и озвучить прогноз.

На клинической лекции с демонстрацией больного (как правило, представляет больного студент, предварительно ознакомившийся с больным и его историей болезни) простая выдача информации в виде лекторского монолога не проходит. Каждый этап лекции нуждается в интерпретации, и студенты не должны «строчить» конспект, а внимательно слушать лектора, участвовать и интерпретировать фактические данные (анамнез, результаты объективного обследования, лабораторные данные).

По мнению специалистов педагогических наук проблемная лекция не только наполняет студентов информацией, но и имеет большое воспитательное значение. При этом важно все: и личность лектора, и безукоризненный вид и действие его помощников, и удачно подобранный больной, и немногочисленные и четкие таблицы и слайды, а главное — акцентирование внимания студентов на ключевых позициях темы.

Н.Д. Никандров<sup>1</sup> из санкт-петербургского педагогического института им. А. Герцена считает, что лекция обеспечивает усвоение знаний на уровне общей ориентации, которая принципиально важна для формирования последовательности умственных действий.

В клинической лекции присутствует и участвует больной. Само по себе это обстоятельство нарушает или, по крайней мере, прерывает «академичность» изложения.

---

<sup>1</sup> Никандров Н.Д. Что такое хороший лектор//Вестник Высшей школы. 1975. №11.

Для того чтобы студент на лекции думал вместе с лектором или вслед за ним, нужны определенные условия:

1. В аудитории должна быть творческая обстановка.
2. Студент должен иметь элементарное (минимальное) представление о теме, мобилизовать свой теоретический багаж и принимать прямое или косвенное участие в решении общей и частной проблем.
3. Лектор должен создавать проблемную ситуацию, мобилизовать внимание студентов и демонстрировать мыслительный процесс, естественно, с практическим результатом.

Если лектор занят своим делом, а студенты — своим (пишут конспекты, просто слушают, не слушают, мешают другим слушать), т.е. если на лекции господствует традиционная обстановка, коэффициент полезного действия в смысле обучения «думанью» приближается к нулю, а продуктивность в смысле запоминания — весьма сомнительна. Отсюда следует, что проблемная клиническая лекция возможна и полезна только при соответствующей обстановке в аудитории.

Подготовка студентов к лекции не поддается учету. Контроль подготовки практически невозможен, а анкетные данные не очень достоверны. Так, Г.А. Коронатов с соавторами сообщают, что регулярно готовятся к лекции 7%, готовятся от случая к случаю — 30%, а более 60% — не готовятся совсем. Есть основания предполагать, что прямая проверка (не данные анкет) заметно понизила бы процент подготавливающихся к лекции студентов. Совершенно очевидно, что для получения общего представления по теме студент не будет перед лекцией читать монографии или учебники. Для этой цели пригодна лишь краткая сводка основных положений, чтобы студент в течение 10—15 минут ознакомился с ними.

В 1972 г. коллектив факультетской хирургической клиники Волгоградского медицинского института создал план-конспект, в котором по каждой лекционной теме приведены краткие и схематичные сведения, способные, однако, дать исходные представления о проблеме. Аналогичное издание было осуществлено в Нижнем Новгороде в 1995 г. Студенту до лекции достаточно 10—15 минут для проглядывания конспекта. Кроме этого, по мере развертывания темы лектором, студент «следит» по конспекту, который в данном случае играет роль партитуры. Студент при наличии планов-конспектов освобожден от необходимости эмоционально, умственно и физически напрягаться для улавливания, удерживания, переработки информации на пригодный для записи «язык» и самой записи. При всех обстоятельствах правильность и полнота плана-конспекта превосходит все возможности студенческих записей. Поэтому студент чувствует себя обязанным включиться в творческий процесс освоения темы, которую начал излагать лектор. Если лектор обратится с вопросом к аудитории или предложит подумать над возникшим затруднением, он встре-

тит не затылки прилежных студентов, изнемогающих над рукотворным пособием к экзамену, а внимательный взгляд тех же прилежных студентов, готовых к сотрудничеству. Некоторое представление о построении лекции дает схема лекции по теме: «Острый аппендицит».

1. Лекция начинается с изложения сущности темы, состояния научной проблемы, драматических вопросов практики и перечисления вопросов, подлежащих разрешению в данной лекции.
2. Как и всякая другая клиническая лекция по частной хирургии, она состоит из ряда разделов, причем специальная часть начинается с анатомических и патоморфологических, физиологических и патофизиологических предпосылок клинического проявления болезни. При этом студенты предупреждаются и убеждаются в этом немедленно, что их теоретический багаж, накопленный за годы учебы в институте, вполне достаточен, чтобы с помощью логических построений моделировать один за другим симптомы острого аппендицита. Моделирование начинается с симптома боли. Всем студентам известно, что при остром аппендиците возникает боль в правой подвздошной области. Почему? Ясно, червеобразный отросток расположен именно там. Всегда ли? Показывается схема, на которой видно 9 разных положений отростка от подпеченочного до тазового. А симптом боли? Очевидно, следует иметь в виду разнообразие болей в связи с положением отростка.

Почему болит отросток при воспалении? Есть ли в отростке чувствительные окончания? Студенты отвечают, что в висцеральной брюшине, покрывающей все органы брюшной полости, чувствительных окончаний нет. А если нет, то почему же боль? Правильно, повинна брыжейка, в которой много чувствительных волокон, и переход воспалительного процесса на париетальную брюшину. В связи с тем, что брыжейка является источником боли, всякое движение ее усиливает. Нельзя ли это использовать для диагностики? Скажем, что будет, если попросить больного повернуться на левый бок? Конечно, кишечник переместится влево. А слепая кишка с отростком? Подумайте, пожалуйста. Правильно, останется на месте, поскольку задняя стенка кишки лишена брюшины и рыхлой клетчаткой соединена с задней стенкой брюшной полости. Это обстоятельство имеет важное значение в клинике и диагностике острого аппендицита. Большое количество осложнений, ошибок диагностики, драматических ситуаций для больного и хирурга, а иногда и смертельный исход связаны именно с этим обстоятельством. Итак, больной лежит на левом боку, тяжелый воспаленный отросток свисает влево. Если поджать левую половину живота вправо, а затем резко отпустить руку, то произойдет сотрясение отростка и его брыжейки со значительным усилением боли. Такой симптом называется симптомом Ситковского.

Если положить руку на правую подвздошную область больного, несколько придавить ее и попросить больного поднять **прямую**

правую ногу, то усилится боль за счет того, что напряжется правый т. psoas и подвинет аппендикс к руке обследующего....

И так, на протяжении всей лекции — один симптом за другим анализируется вместе со студентами, и действенность этих симптомов тут же поверяется на больном.

И раньше, до создания плана-конспекта я пытался читать лекции проблемно. Эту методику чтения лекции я воспринял у Е.Л. Березова, у которого в течение 3-х лет ординатуры я был «лекционным мальчиком» и по четыре раза в неделю (три факультета и два потока лечебного) слушал одни и те же лекции.

Однажды саратовский профессор С.Р. Миротворцев, будучи проездом в гостях у Е.Л. Березова, рассказал, как читал лекции С.И. Спасокукоцкий, и я понял, откуда Е.Л. — ученик С.И. Спасокукоцкого — черпал методы лекции. Рассказ С.Р. Миротворцева:

С.И. Спасокукоцкий читает лекцию об аппендиците. По ходу дифференциальной диагностики задерживается на почечной колике и, **кстати**, задает вопрос студентам (4 курс): «Что нужно сделать, если у больного приступ почечной колики?». Среди большой аудитории после некоторой паузы раздается голос: «Нужно сделать укол морфия!». (В те годы ни пантопона, ни промедола не было.) Снова небольшая пауза и С.И. Спасокукоцкий задает новый вопрос: «А если укол морфия не помог?». Раздается робкий голос: «Нужно сделать второй кубик морфия» (возможно, это была информированная медсестра). Сразу же следует вопрос: «А если и второй кубик морфия не помог?». Заинтригованные студенты в несколько голосов: «Третий кубик морфия!». Опять пауза и раздается следующий вопрос: «А если не помог третий кубик?». И вся аудитория дружно взрывается: «Четвертый кубик!!!». «Нет, — говорит С.И. Спасокукоцкий, — если третий кубик морфия не помог, **значит, у больного не почечная колика!**».

Умнейший лектор С.И. Спасокукоцкий создал проблемную ситуацию и решил ее таким образом, что его ученик Е.Л. Березов запомнил ее, ученики Е.Л. Березова — тоже оценили дидактический прием, мои ученики, которым я рассказал об этом случае, и их ученики тоже представляют, что такое проблемная лекция и как нужно читать клиническую лекцию, чтобы побуждать студентов к мыслительному процессу.

На склоне лет, и в некотором удалении от «производства» я более отчетливо вижу недостатки медицинского образования и подготовки хирургов.

1. Недостаточный контроль за усвоением программы на старших курсах.
2. Отсутствие навыка чтения текущей литературы, особенно иностранных журналов.
3. Большая потеря времени в клиниках из-за отсутствия твердых методик проведения практических занятий.

4. Многие преподаватели считают педагогический процесс обузой («в клинике все хорошо, только студенты мешают»).
5. Изучение и разработка методик преподавания клинических дисциплин не считается творческим занятием, преподаватели относятся к педагогическому процессу формально; размышления на эту тему у преподавателя, как правило, заканчивается на последней минуте общения со студентами.
6. Научная работа студентов в подавляющем большинстве носит характер компиляций и не затрагивает существа разрабатываемых на кафедре проблем. Продолжение темы за пределами института является большой редкостью.
7. Крупные недостатки имеются в организации учебного процесса; не используются имеющиеся в литературе разработки методов преподавания клинических дисциплин.
8. Плохая организация экзамена. Всего на экзамене наличествуют 204 вопроса, студент получает удовлетворительную оценку за ответ на 4 вопроса билета, что составляет от 2 до 10 % от подлежащего усвоению материала. Получается не экзамен, а лотерея!

Все перечисленные недостатки (перечень ограниченный) можно исправить сразу и радикально. Практически это не требует дополнительного финансирования и доступно всем преподавателям любой медицинской дисциплины, в том числе — хирургии.

## 2. Государственный экзамен

Занимаясь этой проблемой в середине 80-х годов, я с удивлением обнаружил, что перечень практических навыков выпускника включает в себя 50% навыков фельдшера (повязки, шины, жгуты и т.п.) и минимум врачебных навыков (пальпация, аускультация, идентификация хирургических инструментов, интерпретация рентгеновских снимков и еще не очень многое).

Тогда я письменно запросил руководителей 10 хирургических кафедр (общей, факультетской, госпитальной, оперативной хирургии, травматологии и ортопедии, военно-полевой хирургии, анестезиологии и реаниматологии, урологии, детской хирургии, онкологии), вопросы которых фигурируют на госэкзаменах, о самом минимальном наборе знаний и умений, без которых они **не могут** выпустить студента из ВУЗа. Ответ пришел из всех кафедр. Суммируя ответы, я подсчитал, что каждый выпускник обязан ориентироваться как минимум в 76 вопросах, проявить в них достаточную компетенцию, чтобы эти кафедры, участвующие в государственных экзаменах, не имели претензий к выпускнику.

Будучи экзаменатором на выпускных экзаменах субординаторов в 60—70-х годах в Волгоградском медицинском институте, а в 80—

90-х годах в Нижегородском медицинском институте, я близко ознакомился с системой выпускных экзаменов в обоих институтах и увидел их почти полную идентичность. В начале экзамена ассистент клиники выслушивает студента о его ознакомлении с конкретным больным, он получает определенную оценку, затем берет экзаменационный билет и после подготовки сдает экзамен доценту или профессору в присутствии члена экзаменационной комиссии. Оценка учитывает и предварительную оценку «по больному». В экзаменационном билете фигурируют четыре вопроса:

1. По клинической хирургии.
2. По травматологии или анестезиологии.
3. По онкологии или урологии.
4. По военно-полевой хирургии.

Конечно, содержание внутри каждого вопроса за 55 лет существенно изменились (достаточно сказать об операциях на сердце, пересадке органов, защите от ядерного излучения и т.п.), но я помню свой билет на госэкзамене после пятого курса (субординатуры тогда не было) в 1946 г., и должен отметить, что структура госэкзамена существенных изменений не претерпела.

Вот примеры билетов:

№1 —

- a) Обследование больного. Обоснование диагноза и лечения.
- b) Оценка лабораторных методов исследования (анализы, рентгенограммы, УЗИ, ФГС, ректороманоскопия, лапароскопия).
- c) Неотложная помощь больному с напряженным пневмотораксом.
- d) Подобрать инструментарий, собрать систему для плевральной пункции и дренажа по Бюллау.

№2 —

- e) Обследование больного. Обоснование диагноза и лечения.
- f) Вопрос, аналогичный второму вопросу в билете №1.
- g) Неотложная помощь при тромбэмболиях магистральных сосудов.
- h) Подобрать инструментарий для аппендэктомии.

В остальных билетах варьируют 3-й и 4-й вопросы. Но дело не в содержании билета, дело в том, что вопросов всего четыре, а вся сумма всех билетов составляет 200 вопросов (50 билетов).

Следовательно, студент, ответив на 4 вопроса (и получив положительную оценку) проявил знания всего лишь в 2% полного курса (?!). Экзамен можно расширить за счет полного ответа на 2-й вопрос, но это все вместе не превысит 10—12% всего курса. А каковы знания в остальных 90% программы? И как же быть с остальными 72 вопросами из 76, без которых суммированные хирургические кафедры не

могут **выпустить студента из института** не то, что с отличной или с хорошей оценкой, но и просто с удовлетворительной? Когда же и где студент отчитается за весь перечень знаний и умений, обозначенных в реестре всех 10 хирургических кафедр?

Невольно приходит на ум сравнение наших государственных и американских подтвердительных экзаменов, где нужно дать альтернативный исчерпывающий ответ по специальности.

Наш студент, «прошедший» все кафедры, как теоретические, так и клинические, владеет лишь **частью** (размер части зависит от памяти, талантливости и серьезного отношения к занятиям) необходимых знаний и умений, которые среди врачей и пациентов формируют образ малообразованного, неумелого, так называемого **молодого врача**, хотя период некомпетенции может затянуться надолго.

Особое значение имеет непосредственная подготовка хирурга. В Европе, Канаде, США подготовка хирурга с помощью разных видов усовершенствования занимает от 10 лет и более<sup>1</sup>. У нас хирург готовится в интернатуре или клинической ординатуре, а дальнейшее усовершенствование не имеет отношения к достигнутому уровню профессионализма и носит в известной мере случайный характер, иногда связанный с финансовой недостаточностью.

Обучение в интернатуре предусматривает накопление интерном чисто хирургических навыков. В экзамен после окончания интернатуры входит «публичное» исполнение интерном операции и собеседование по разным вопросам хирургии по выбору экзаменатора. Устный экзамен занимает не более 20 минут. За это время можно распознать общую ориентацию опрашиваемого, но отнюдь не уровень его знаний по хирургии...

Близко ознакомившись со всеми видами контроля за усвоением знаний будущим хирургом, я пришел к выводу, что **легковесные** экзамены не создают стимула для усвоения теоретических и практических основ.

Это происходит по многим причинам, но главная, на мой взгляд, заключается в сниженном «пороге ответственности» преподавателей (особенно младших курсов) за уровень знаний студентов<sup>2</sup>. Никак не

---

<sup>1</sup> *Королев Б.А.* Я вспоминаю. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской городской академии, 2000.

<sup>2</sup> В программу образования входят занятия по ряду смежных дисциплин, в том числе по акушерству. Мой племянник рассказывает, что преподаватель «наличествует» перед студентом не более 2,5 из 4 часов занятий. Где он проводит остальные часы — неясно. За много лет работы в институте я нередко наблюдал «исчезновение» преподавателей (кстати, в том числе и хирургов) на значительную часть практических занятий. Короткий «конечный» контакт со студентами приводит к тому, что организация практического занятия, **как практикума**, превращается в лаконичную лекцию преподавателя, **уродующую** весь принцип практических занятий.

могу подтвердить, что преподаватели на всех кафедрах неукоснительно требуют выполнение программы<sup>1</sup>.

У наших энергичных умных студентов имеется возможность самостоятельно приблизиться к профессионализму с помощью «волонтерства» (постоянного пребывания в клинике), в меньшей степени — студенческих кружков (во многих случаях занятия в кружках организируются формально). Но действительно реальным результатом студенческого выхода за рамки программы служит более или менее серьезная студенческая научная работа.

### 3. Начальная подготовка хирурга

Еще будучи студентом 4-го и 5-го курсов, я много времени проводил в клинике Е.Л. Березова. На 4-м курсе Е.Л. предложил мне тему: «Пептическая язва гастроэнтероанастомоза, пенетрирующая в переднюю брюшную стенку» на основе наблюдения трех пациентов с этим редким заболеванием. Этот доклад я сделал на студенческой научной конференции. При подготовке к докладу я прочитал много публикаций по пептическим язвам тощей кишки и анастомоза, завел картотеку на источники и стал интересоваться этой проблемой.

Заметив это, Е.Л. поручил мне собрать весь материал клиники по пептическим язвам. Я отобрал 250 историй болезни, и мои старшие товарищи говорили, что это материал для кандидатской диссертации. Я настолько углубился в проблему, что такое утверждение старших товарищей не показалось мне шуткой. Но в 1946 г. в Горький приехал солидный хирург Ф. Гуляницкий, который побывал в немецком плену, затем в партизанах и после войны заведовал кафедрой хирургии в Кишиневе.

Еще в 1940 г., будучи хирургом в Ессентуках, он написал единственную в то время (и до настоящего времени тоже) монографию: «Желудочно-ободочный свищ», и его научные интересы концентрировались в области пептических язв. Е.Л. в деликатной форме попросил меня передать обработанные мною истории болезни Гуляницкому, и он, поселившись в квартире Е.Л., в течение полугода написал и защитил докторскую диссертацию по материалам клиники Е.Л. Березова о пептических язвах тощей кишки.

---

<sup>1</sup> В книге американского писателя Синклера Льюиса «Эроусмит» описан такой эпизод: студент 2-го курса Эроусмит не выполнил практикума по биохимии, поскольку весь вечер прогулял с подружкой. Ночью он по водосточной трубе поднялся в лабораторию, и к началу занятий лабораторная работа была готова.

Со студенческих лет я помню этот эпизод, который переполнил меня белой завистью к уровню подготовки врача в английском университете. Вероятно, невыполнение лабораторной работы грозило студенту большими неприятностями.



В это время (1946) я окончил институт и был оставлен клиническим ординатором в клинике Е.Л. В конце 1946 г. и начале 1947 г. я бесконечно дежурил волонтером по экстренной хирургии (до 10—12 дежурств в месяц) и преуспел в диагностике экстренной патологии и таких операциях, как острый аппендицит и ущемленная грыжа.

Но без темы научной работы мне уже было скучно. Я попросил Е.Л. дать мне другую тему.

В это время Е.Л. получил приглашение на конференцию в г. Ессентуки, которая должна была состояться осенью 1948 г. по теме: воспалительные заболевания желчного пузыря. Если в военные и послевоенные годы клиника была «завалена» язвенными больными, то в 1947 г. наметилось некоторое (довольно слабое) увеличение числа больных холециститом (например, за весь 1947 г. в клинике оперировано 5 больных) и проблема состояла в том, что терапевты плохо направляли больных на операцию.

В порядке подготовки к конференции Е.Л. поручил мне собрать и привести в порядок истории болезни оперированных по поводу холецистита больных за 10 лет (1938—1947).

Выполнив это задание Е.Л., я вплотную занялся этой проблемой и без перерыва занимаюсь ей более 50 лет.

Я твердо уверен в том, что углубленное проникновение в какую-то хирургическую тему не только расширяет кругозор молодого хирурга в изучаемой проблеме, но и попутно невольно обогащает его информацией по другим проблемам.

Например, взяв в руки журнал со статьей по теме, невольно обращаешь внимание на другие интересные с хирургической точки зрения публикации. Оформляя какую-нибудь статью по теме, спонтанно обогащаешься информацией по истории вопроса, о выдающихся именах и их успехах.

Задания профессора по подготовке материала к его докладу, а также работа с историями болезни по пептическим язвам помогли мне в дальнейшей научной работе. Эти задания были как бы упражнениями в новой для молодого хирурга отрасли образования.

Изучая литературу по теме, молодой хирург тем самым сравнивает свои успехи с тем, что происходит в этой теме в своей стране и за рубежом.

Для этого хирург должен владеть хотя бы одним иностранным языком, чтобы суметь прочесть статью в европейском или американском журнале.

Выпускники медицинских ВУЗов 50—60-х и даже 70-х годов попали в период «патриотизации» науки. На первый план выносились авторы российские, советские, хотя их публикации выходили намного позже иностранных. Так, например, на основе рукописного журна-

ла в Пензенской больнице симптом Блюмберга называли симптомом Щеткина; анестезия по Оберсту стала называться анестезией по Оберсту—Лукашевичу; Э. Бергмана, открывшего асептику, стали называть русским ученым только потому, что он окончил Дерптский университет; разрез Мак Бурнея при аппендиците называли разрезом Волковича—Дьяконова; способ грыжесечения по Жирару стали называть способом Спасокукоцкого—Кимбаровского и т.д. и т.п.

Хирурги, закончившие институт в 50-е, 60-е и даже 70-е годы, не озабочивались в своих кандидатских диссертациях приводить фамилии иностранных авторов. Диссертантам это пришлось по вкусу; иностранные фамилии черпались из защищенных ранее диссертаций...

Я защищал диссертацию в марте 1951 г., и хотя позади уже была бандитская сессия ВАСХНИЛ, хотя позади был судебный процесс над Клюевой и Роскиным, хотя уже прозвучали погромные статьи о космополитах, все же в период подготовки диссертации я просидел в центральной медицинской библиотеке 3 месяца за переводами из немецких и английских журналов и монографий. Но это оказалось невостребованным.

Перед подачей диссертации к защите, Е.Л. Березов рекомендовал мне вычеркнуть из списка литературы половину иностранных авторов, что я и выполнил к большому своему огорчению.

Большинство современных профессоров — хирургов — это выпускники 60-х и 70-х годов. Подавляющее большинство из них иностранных языков не знают.

Будучи известными (и менее известными) профессионалами-хирургами они активно посещают международные конгрессы от Парижа и Лондона до Сан-Франциско и Киото. Они представляют доклады, которые дома с помощью специалистов переводят на английский язык, и в итоге оказываются напечатанными в тезисах докладов, хотя и не могут прочесть собственное сочинение.

Из профессоров-хирургов, с которыми мне пришлось и приходится общаться в двух институтах, в которых я работал, лишь трое владеют английским языком достаточно, чтобы прочесть специальную статью. Если мои учителя свободно владели: Е.Л. Березов — немецким, а Б.А. Королев — английским, то многие титулованные профессора берут с собой на конгресс не сильно известного и без титулов профессора или доцента, чтобы хоть один из этого «круга» мог изъясняться на официальном языке конгресса.

Общий уровень образования и культуры профессоров-хирургов в конце XX века резко снизился. Отсюда и снижение уровня преподавания в медицинском ВУЗе, в том числе и хирургии.

К великому сожалению, в нашем медицинском образовании студентов не обучают целевому рассмотрению проблем, в частности,

происхождению и целям организации факультетской и госпитальной клиник.

Мне пришлось убедиться, что многие из современных заведующих кафедрами факультетской и госпитальной хирургии не знают происхождения этих кафедр, на какой основе они создавались и с какой целью.

### **Информация к размышлению (для молодых хирургов)**

Факультетская хирургическая клиника именовалась так потому, что она принадлежала **медицинскому факультету**, и весь персонал — от заведующего клиникой до сторожа прозекторской — находились на службе медицинского факультета, а не городской управы или военного ведомства.

Такая ситуация давала возможность клинике осуществлять целенаправленное обучение студентов. Например, по плану идет тема «грыжи». В клинику госпитализируются по преимуществу больные с грыжами. И студенты (клиника была небольшая, и студентов было немного) имели возможность курировать больных с грыжей, участвовать в операциях и, таким образом, досконально изучить тему.

В этих же клиниках зародилась система написания «факультетской» истории болезни — целого сочинения на тему со всеми подробностями, дифференциальным диагнозом, обоснованием лечения, описанием операции, прогнозом болезни, трудоспособности и обобщенным списком литературы. Микродиссертация!

Госпитальная клиника появилась в военно-медицинской академии в 1841 году, и задача ее заключалась в том, чтобы студенты изучали разные заболевания в таком сочетании, как это бывает в практической жизни.

К сожалению, клиники в статусе факультетской остались только в Москве, Саратове, Ростове, но и они не соответствуют изначальной идее.

Все клиники структурно являются госпитальными, и это, конечно, не улучшило учебный процесс.

Сомнительно, чтобы вновь образовались истинно факультетские клиники. Усовершенствование образования идет за счет удлинения сроков обучения.

Во все времена преподавание хирургии являлось предметом дискуссии. Можно перечислить способы обучения хирургии:

1. **«Метод Мейо».** Известно, что братья Мейо с юных лет ассистировали при операциях своему отцу, и к моменту окончания медицинского факультета владели многими операциями.
2. **Метод П.А. Герцена.** Петр Александрович по приезде в Москву из Лозанны получил клинику на 40 коек. Большинство операций он производил сам, при этом, как правило, ему помогал любимый

ассистент Г.А. Рейнберг<sup>1</sup>. Остальные ассистенты довольствовались небольшими операциями, а ординаторы, в основном, занимались научной работой, осваивая материал клиники Герцена. Но зато в летние каникулы молодые ординаторы отправлялись в Подмосковье, где и набирали необходимый практический опыт.

3. **Метод С.И. Спасокукоцкого** (из-за спины оператора). Е.Л. Березов рассказывал, что в начале 20-х годов, когда он приехал в Саратов ассистентом, С.И. Спасокукоцкий уже по-настоящему осваивал резекцию желудка. Е.Л. приводил такой случай: однажды он стоял и смотрел, как С.И. делает резекцию желудка. В это время к нему подошла известный хирург Н.В. Алмазова<sup>2</sup> и сказала: «Ефим, пошли в кино!» Е.Л. повернулся к ней и сказал: «Ты что, не видишь, я смотрю резекцию желудка». Она очень удивилась и сказала буквально следующее: «Ефим, неужели ты думаешь, что когда-нибудь будешь делать резекцию желудка?». Е.Л. Березов через 6 лет после описанного эпизода занял кафедру факультетской хирургии Астраханского медицинского института и вскоре выпустил первую в СССР монографию под названием: «Тотальная резекция желудка». Всего Е.Л. за свою деятельность хирурга произвел несколько тысяч резекций желудка.
4. **Метод «наставничества»**. Приобщение к «рукодействию» с помощью старшего товарища — наставника. Заключается он в том, что ученик становится на место оператора, а наставник на место ассистента. И таким образом осваивают операции (грыжесечение, аппендэктомию, холецистэктомию, резекцию желудка и т.д.).
5. **Метод Е.Л. Березова — участие в качестве помощника на больших операциях.**

По-видимому, любой метод овладения техникой операции существует на практике и дает свои результаты.

Мне пришлось осваивать хирургию по методу Спасокукоцкого и Березова.

Простые операции, типа обработки ран, грыжесечений и аппендэктомий, геморроя, я освоил в первый год клинической ординатуры.

---

<sup>1</sup> Г.А. Рейнберг был талантливым молодым хирургом. С ним случилась катастрофа — его двоюродный брат М.С. Вовси по поводу малярии ввел Г.А. плазмоцид, и тот полностью ослеп. Правда, потеряв зрение, Г.А. продолжал специальную литературную деятельность, писал и редактировал статьи в журналы, помогал диссертантам и к тому же сохранил интерес к практической хирургии.

Так, в 1950 году он дал идею Е.Л. Березову — диафрагмо-перикардопексию — для лечения стенокардии. В описании метода Е.Л. указал Рейнберга как автора идеи.

<sup>2</sup> Особую известность Н.В. Алмазова получила после того, как она покончила жизнь самоубийством после гибели своей подруги от операции грыжесечения, произведенной Алмазовой. Их хоронили в один день.

Мой прямой шеф, ассистент Ю.Е. Березов, долго не допускал меня к операциям грыжи и аппендицита, терзая подробностями топографической анатомии и оперативной хирургии. Первые операции он ассистировал мне, не прощая ни одной ошибки и применяя в этих случаях очень обидные эпитеты.

Мне удалось выполнить на дежурствах много аппендэктомий. А за все три года клинической ординатуры — 42 грыжесечения, 16 операций по поводу водянки яичка, одну лапаротомию, множество поясничных новокаиновых блокад, удаление липом, атером и другие мелкие операции.

В последний год ординатуры я получил тему для научной работы, происходящей из обработки материала клиники по холециститам. Конечно, я старался привлечь в клинику больных для операции, это дало свой результат, и за 1948 и за половину 1949 года в клинике было прооперировано 39 больных холециститом (в 1947 г. — 5). Поскольку проблема холецистита была утверждена Е.Л. как тема моей кандидатской диссертации, в качестве поощрения мне разрешили выполнить пять холецистэктомий.

Ни одной резекции желудка или кишки за время ординатуры мне сделать не удалось. Зато я ассистировал самому Е.Л. Березову сотни раз на резекциях желудка и неоднократно на трансторакальной резекции кардии.

Я достаточно подробно описал мой хирургический «багаж» ординатуры, но он будет неполным, если не добавить к этому большое количество операций, которые я смотрел из-за спины хирурга.

Рассказ Е.Л. о том, как Н.В. Алмазова безуспешно пыталась увести его с операции в кино, произвел на меня большое впечатление. И если я не участвовал в операции, то постоянно находился в операционной и смотрел операции профессора или Б.А. Королева. Вот и весь «багаж».

После окончания ординатуры я был направлен в г. Троицк Челябинской области в качестве заведующего отделением на 60 коек межрайонной больницы. Сложность ситуации заключалась, во-первых, в том, что в этом отделении лежали больные всех хирургических профилей (травматология, урология, общая хирургия), а во-вторых, в том, что 50-летнего предыдущего заведующего сняли за слабую работу, но... оставили в отделении в качестве ординатора.

Буквально через месяц после приезда в Троицк в больницу привезли средних лет женщину, необычайно истощенную, с язвенным стенозом привратника.

После трехдневного промывания желудка я взял ее на операцию и под местной анестезией произвел лапаротомию. Я увидел огромный желудок и почти полный стеноз привратника. Было очевидно, что намеченная мной гастроэнтеростомия при таком желудке не подходит, и я решился на резекцию.

Самое удивительное было то, что я не испытал ни страха, ни сомнений. Во время операции, продолжавшей 4,5 часа, на каждом этапе (мобилизация желудка, обработка культи ДПК, наложение анастомоза, вшивание культи желудка в окно брыжейки толстой кишки, осушивания брюшной полости, послойного шва брюшной стенки) я видел перед собой руки Б.А. Королева и те манипуляции, которые этап за этапом он проводил, а я повторял.

На протяжении всей операции **я ни разу не испытал затруднений** ни в плане последовательности действий, ни в плане их выполнения.

Закончил я операцию с радостным сознанием того, что я сделал операцию строго по методике, принятой в клинике Е.Л. Березова. В дальнейшем то ощущение удерживалось у меня прочно и при других операциях, которых я достаточно насмотрелся в клинике. Этому методу я следовал все 45 лет моей руководящей хирургической деятельности (заведующий отделением, ассистент, доцент, профессор). Молодые люди ворчали, будучи недовольными задержкой «допуска» к операционному столу, но в дальнейшем все мои ученики за небольшим исключением достигали хороших успехов в практической хирургии. К этому следует добавить, что темп роста хирургического усовершенствования напрямую зависел от интенсивности и энергетических затрат и ... степени занятия научной работой.

## **ЧАСТЬ II**

### **Вопросы частной хирургии**

В этой части будут рассмотрены вопросы практической хирургии в пределах понятия «Общая хирургия». Все, что находится за пределами этого понятия, относится к специализированной хирургии (нейрохирургия, легочная хирургия, сердечно-сосудистая хирургия, ортопедия, челюстно-лицевая хирургия, урология, гинекология).

Некоторые проблемы из перечисленной группы могут оказаться затронутыми лишь в той мере, в какой они относятся к экстренной хирургии.

По сути дела, в общехирургических отделениях, городских и районных больницах (за небольшим исключением) 70—80% операций составляют экстренные хирургические вмешательства в широком диапазоне. Именно об этом разделе практической хирургии пойдет речь в дальнейшем изложении.

### **Глава V. Организация экстренной хирургической помощи**

У нас в стране организовалась достаточно стройная система оказания экстренной помощи, в том числе хирургической.

В случае экстренных заболеваний любой житель может вызвать машину скорой помощи. В городе существует районная станция скорой помощи, в сельской местности машины скорой помощи закреплены за центральной районной больницей. В городских станциях скорой помощи существуют бригады, состоящие из врача, сестры (фельдшера), санитарки и водителя машины. В зависимости от обстоятельств выехать на вызов может бригада полностью, но нередко к больному приезжает врач и сестра, а иногда и один фельдшер (сельская местность или организационные издержки городской станции).

Бригада в доме заболевшего решает три задачи:

- а) ставит предварительный, а если возможно, то достоверный диагноз;
- б) решает вопрос о госпитализации, для чего может установить наблюдение за больным на протяжении 30—60 минут;
- с) облегчает страдания больного на время транспортировки путем введения обезболивающих средств.

Любые лечебные действия для больных, страдающих острыми болями в животе, но с неопределенным диагнозом, не применяются во избежание затушевывания клинической картины.

В крупных городах существует график дежурств по оказанию экстренной хирургической помощи, согласованной со службой скорой помощи.

Существует правило для врачей скорой помощи: если врач не может отвергнуть диагноз «острого живота», то он должен доставить больного в хирургический стационар дежурной больницы.

## **1. Перечень заболеваний, при которых оказывается экстренная хирургическая помощь**

**Грудной клетки:** открытый и закрытый пневмоторакс, ранения сердца, легких; острый тромбоз легочной артерии, острая диафрагмальная грыжа, разрыв внутригрудной части пищевода, прорыв абсцесса легкого в плевральную полость, острый гнойный плеврит.

**Брюшной полости:** острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, острый перитонит (общий и отграниченный), острая кишечная непроходимость, ущемленная грыжа, приступ почечнокаменной болезни (почечная колика), проникающая и тупая травма живота, инфаркт кишечника на почве тромбоза брыжеечных артерий, прободная и кровоточащая язва желудка и ДПК, инородные тела желудка и пищевода, кровотечение из вен пищевода при портальной гипертензии.

**Травмы:** различные ранения, иммобилизация при переломах конечностей, первичная обработка ран.

### **Гнойные заболевания.**

**Именно эти заболевания являются объектом нашего рассмотрения.**

Вопросов травматологии мы коснемся только в плане первой помощи, транспортной иммобилизации, первичной обработки ран и приема пострадавших в стационаре.

Такое обобщение касается, прежде всего, хирургов районных больниц, совмещающих на дежурстве функции общего хирурга и травматолога.

Еще сравнительно недавно, 60—70-е годы, одной из острых проблем экстренной хирургии была **поздняя доставка больных в стационар**. В отчетах хирургических отделений существовал раздел — «поздняя доставка», которая зависела от ряда причин: поздний вызов, отказ от госпитализации, продолжительное наблюдение врача скорой помощи. Больные с прободными язвами, желудочным кровотечением, ущемленными грыжами доставлялись в стационар, как правило, без задержки; но больные с острым трудно диагностируемым аппендицитом, острой кишечной непроходимостью и особенно с ост-



рым холециститом являлись как бы объектом лечения на дому: врач скорой помощи пытался разрешить непроходимость с помощью клизм, а при холецистите — с помощью антиспастических средств и путем этапного наблюдения (уезжая и приезжая) пытался дождаться окончания приступа.

VI Пленум правления Всесоюзного общества хирургов в 1956 году признал острый холецистит заболеванием **хирургическим**, и с тех пор диагноз острого холецистита означает эвакуацию больного из дома в стационар. В разных городах это новое правило прививалось постепенно. Затем врачи скорой помощи, осознав, что ответственность за состояние больного взяли на себя хирурги стационаров, сочли для себя возможным не тратить время на лечение холецистита, почечной колики, острой кишечной непроходимости, и по мере установления диагноза госпитализировать этих больных.

## 2. Дежурство в стационаре (сложившаяся схема)

Согласно правилам и служебным инструкциям после доставки больного в приемный покой стационара, врач скорой помощи ожидает осмотра дежурного хирурга, а затем происходит как бы передача больного из рук в руки, что фиксируется и в направлении, и в истории болезни.

В принципе, врач скорой помощи должен ожидать дежурного врача, и их совместный осмотр лучше прояснит ситуацию. Однако при большом количестве вызовов или занятости дежурного врача их совместный осмотр может не состояться, что нарушает весь процесс непрерывной помощи.

В приемном покое больной задерживается как на период осмотра, первичного наблюдения и оказания помощи в пределах уточнения диагноза, так и для проведения необходимых мероприятий (анализы, промывание желудка, клизмы, гипотермия живота, обезболивание при установленном диагнозе).

Например, в приемном покое может быть снята почечная колика (антиспастики, наркотики, ванна), разрешена кишечная непроходимость (сифонная клизма), снят приступ «неврогенного» острого аппендицита, введен зонд в желудок и удалено содержимое, остановлено кровотечение из варикозного узла, вскрыт панариций.

Все эти действия относятся к разряду предусмотренных. Что касается диагноза, то дежурный хирург должен привлечь к этому этапу других специалистов (лаборатория, рентген, УЗИ) и поставить в известность ответственного хирурга (в каждой дежурной бригаде должен быть ответственный дежурный, который руководит всей работой бригады). В этом элементе иногда случаются накладки.

Молодой врач осмотрел больного, **диагноз представляется ему несомненным**, и он предпринимает действия (промывание желуд-

ка, клизма, обезболивание), ответственный дежурный не оповещен (ночное время, недавно кончилась операция, ответственный дежурный отдыхает).

Сложность бригадного метода дежурства заключается в том, что при любом неясном, спорном событии **решение принимает ответственный дежурный хирург**. Поэтому желательно, чтобы первичный осмотр проводил ответственный хирург<sup>1</sup>.

**Пример.** В сентябре 1996 года в дежурный день поступил больной 76-ти лет в состоянии сильного алкогольного опьянения с жалобами на боли в животе и рвоту с примесью крови. Внятный анамнез собрать не удалось, и дежурный врач решил, что ответственный дежурный посмотрит после того, как больной «проспится». Около 5 часов утра у больного внезапно началось обильное кровотечение «полным ртом». Больного из приемного покоя сразу понесли в операционную и немедленно сделали попытку дать эндотрахеальный наркоз. Интубация проходила с трудностями и к концу интубации наступила остановка сердца. Все применяющиеся в таких случаях мероприятия были произведены, но больной скончался. **На вскрытии** — в желудке и кишечнике много не свернувшейся крови. В антральном отделе желудка большая язва, глубоко пенетрирующая в головку поджелудочной железы.

По-видимому, сонное состояние больного было связано и с алкоголем, и с кровотечением; а кровотечение продолжалось в течение всей ночи.

В данном случае ошибка дежурного хирурга состояла в его отрицательном и брезгливом отношении к пьяному человеку. Желудочно-кишечное кровотечение — настолько серьезное заболевание, что ответственного хирурга нужно было пригласить в приемный покой **обязательно**. Кроме того, всякое желудочное кровотечение предусматривает введение зонда с целью контроля и выполнение элементарных анализов (гемоглобин, гемокрит). Этого больного буквально **проспали**.

Ошибки в приемном покое обусловлены, главным образом, не сложностью патологии, а отсутствием должного внимания, которое, в свою очередь, является производным от уровня компетентности. Каждый больной таит в себе массу индивидуальности.

**Следующий этап** — перемещение больного в хирургическое или реанимационное отделение.

Вопрос о помещении больного в то или иное отделение принимает ответственный хирург. Если решено госпитализировать больного

<sup>1</sup> В положении о хирургическом стационаре говорится, что **каждого** поступившего больного **обязательно** осматривает заведующий отделением, в отсутствие заведующего отделением его замещает ответственный дежурный хирург, он и должен осматривать **всех** поступающих больных, в том числе и тем более — экстренных.

в отделение реанимации (интенсивной терапии), то об этом обязательно оповещается дежурный реаниматолог. Его разрешения на размещение больного в реанимационное отделение не требуется: решение ответственного хирурга обязательно к исполнению любым членом дежурной бригады, в том числе анестезиологом-реаниматологом. Лечение такого больного проводится согласованным решением реаниматолога и **ответственного** хирурга.

Если больной госпитализирован в хирургическую палату, то главным этапом является решение вопроса об операции.

Существуют варианты:

1. **Операция экстренная.** Анестезиолог производит подготовку (отмывание желудка, опорожнение мочевого пузыря, клизма), поддерживающую терапию, специальные анализы (например, свертывание крови) и подачу больного в операционную. В это время хирурги уже помылись и сразу после наркоза приступают к операции.
2. **Операция срочная.** Хирурги решают, что операция может быть отложена до утра и что ничего плохого во время отсрочки с больным не случится. Наоборот, время откладывания можно употребить на попытку снятия приступа, разрешения непроходимости кишечника, парентерального питания. Утром больного смотрит заведующий отделением и принимает решение об операции. Решение об откладывании операции **до утра** еще более ответственное, чем решение об экстренной операции.
3. **Операция отсроченная.** В результате консервативных мероприятий и времени наблюдения острота приступа прошла, но необходимость операции остается. Она будет произведена в плановом порядке через несколько дней.

При помещении больного в реанимационное отделение забота о нем все равно не покидает хирурга, и он согласовывает с реаниматологом регулярность посещений или реаниматолог дает сигнал об изменении статуса больного.

В палате хирургического отделения единственным ночным субъектом наблюдения является дежурная медсестра. Она должна быть хорошо инструктирована относительно возможных изменений состояния вновь поступившего больного, а дежурный хирург сам решает, как часто (через какие промежутки времени) он должен наведываться в палату. Это зависит, конечно, от исходного состояния больного.

### 3. Организация работы в операционной

Обычно дежурная операционная сестра с самого начала дежурства готовит аппаратуру (электроотсос и другие), освещение (кроме стационарной бестеневой лампы **обязательно в операционной** должна стоять готовая к эксплуатации малая бестеневая лампа с аккумуля-

тором); инструменты в стерильном виде (возможно, в стерилизаторе). Но в то же время у операционной сестры должен быть накрыт передвижной столик с элементарным набором инструментов и операционного белья на случай **сверхэкстренного вмешательства** (кровотечение из магистральных сосудов, ранение сердца), чтобы подготовка к операции заняла не более 3—5 минут.

Иногда хирурги уже приступили к операции, а санитарка еще суетится вокруг электроотсоса. Это совершенно не годится: в сложных экстренных случаях отсос становится почти главным инструментом.

### 3.1. Выбор времени оперативного вмешательства на дежурстве

Лучшее время для экстренной операции — дневное время. При разделении дежурного времени на циклы, первый цикл — время рабочего дня:

1. на месте все врачи отделения и весь дневной персонал, нет проблем с ассистентами, операционными сестрами, анестезиологами;
2. можно посоветоваться с заведующим отделением, а в сложных случаях — привлечь его к операции;
3. на месте администрация, и можно решить вопрос с кислородом, особо важными медикаментами (например, сандостатин при панкреонекрозе).

После окончания рабочего дня (примерно с 15 часов) наступает **второй период** до 22—23 часов.

Если больной поступил утром, то обычно все решения по его поводу мы старались ограничить **временем первого цикла**.

Если же по каким-то причинам в первом цикле решение не было принято или больной поступил на рубеже первого и второго периода, то оперативное вмешательство предпринимается только при нарастании острых явлений, внезапном изменении диагноза в результате наблюдения, и экстренная операция по решению, принятому в конце первого периода.

**Третий период — ночное время.** Ночь — не лучшее время для производства сложных операций. Оперировать ночью следует только по **абсолютным показаниям**. По относительным показаниям ночью оперировать не следует по следующим причинам:

1. ограниченность персонала и материального обеспечения при форс-мажорных обстоятельствах;
2. усталость хирургов, анестезиологов, операционных сестер, санитарок;
3. определенная заторможенность мышления в процессе сложной операции или интраоперационных осложнений.

С другой стороны, в конце ночного дежурства появляется соблазн отложить операции на 4—5 часов с тем, чтобы произвести их в комфортных условиях рабочего цикла.

Такие ошибки с хирургами случаются довольно часто. Иногда это не отражается на патологическом процессе, но если «ожиданию» подвергся больной с гангренозным аппендицитом, то следует учитывать, что именно до операции может наступить перфорация. Иначе говоря, «тревожный» аппендицит лучше оперировать ночью.

Ни в коем случае не нужно откладывать операции при кишечной непроходимости, если решение об операции принято окончательно: при узлообразовании это может окончиться некрозом кишки. В любое время дежурства производится остановка кровотечения, включающая временный шунт или сосудистый шов; введение контрольных зондов в желудок и введение зонда Блекмора. Эти манипуляции не терпят промедления. Ночью дежурные хирурги проделывают диагностические процедуры: рентгеновские снимки, УЗИ, гастроскопию. Травматологи производят иммобилизацию конечности, наложение аппарата Иллизарова, первичную обработку ран. Ночью же хирурги производят вскрытие вполне созревших гнойников, особенно на лице.

Простой перечень обязанностей и возможностей дежурного хирурга показывает, что его действия во время дежурства аккумулируют деятельность почти всего хирургического отделения.

Опытный дежурный хирург до начала дежурства определяет временные периоды работы и отдыха, обсуждает это со своими помощниками, травматологом, операционными сестрами.

В 50-е годы, когда существовали строгие регламентации везде, в том числе и в медицине, весь дежурный персонал **был лишен права сна**, за что полагалась дополнительная плата. В 60-е годы хирург после сдачи дежурства уходил домой для выполнения времени сна.

Согласно КЗОТу продолжительность работы дежурного врача ограничивалась 18-ю часами (6 часов работы в отделении и 12 часов — дежурство). Это положение было вызвано жалобами врачей на невероятную трудность и неэффективность 30-ти часового рабочего дня (6 часов работы в отделении, 18 часов дежурства, затем снова 6 часов работы в отделении на следующий день). На практике же получалось так, что дежурный врач после сдачи дежурства все равно задерживался в клинике (оформление документации за дежурство, неотложные дела по своим палатным больным и т.п.), так что раннего ухода у дежурного врача не получалось.

В 60-е годы мы придумали новый распорядок: дежурство делилось на 2 части с 8 до 20 часов и с 20 до 8 утра. Поскольку часы дежурств входили в график рабочего времени врача, и, следовательно, не оплачивались, то такой порядок устраивал многих, особенно женщин-хирургов, которые могли планировать и работу, и хозяйственную жизнь дома.

В 70-е годы в результате длительной борьбы врачей с чиновниками дежурства стали платными, появились штатные врачи-дежуранты, а также врачи отделения с ограниченным числом дежурств. По

мере пополнения штата отделений штатные дежуранты заменялись врачами отделений, и в настоящее время существуют и те, и другие.

Надо сказать, что наличие штатных дежурантов для отделения не удобно. Ведь кроме экстренных поступлений имеются еще 60—80 больных стационара. Этим больным штатный дежурант не знает и вынужден знакомиться с больными по ходу дежурства, и качество такого знакомства не всегда обстоятельно.

Сдача экстренного дежурства — серьезный акт. Собирается весь врачебный персонал отделения плюс врач-рентгенолог, врач-УЗИ, врачи-лаборанты, всегда присутствует заместитель главного врача по лечебной части, как правило, присутствует главный врач.

Сначала идет рассказ дежурного реаниматолога о состоянии всех госпитализированных в реанимацию больных. Затем дежурный хирург докладывает *историю болезни* каждого поступившего больного и всех тяжелых больных в отделении; рассказывает об амбулаторных посещениях и всех операциях и манипуляциях как у больных стационара, так и у амбулаторных больных, обосновывая свой отказ от госпитализации последних.

Обсуждение деятельности дежурных врачей идет открыто всеми присутствующими. Если ошибки врача носят постоянный и сходный характер, администрация может тут же отреагировать на это и сделать административный вывод. Это обстоятельство предопределяет подготовку к дежурству; однако, как правило, хирурги к дежурству не готовятся.

Такой тяжелый насыщенный регламент дежурного врача порождает мелкие и крупные ошибки.

У меня сложилось глубокое убеждение, что в дежурстве по экстренной хирургии кроме профессионального уровня врачей большое значение имеет наличие *обозначенного в графике* ответственного дежурного с четким перечнем его обязанностей по организации работы дежурной бригады.

Различные обстоятельства, касающиеся отдельных заболеваний или групп заболеваний, представлены в следующих главах.

## Глава VI. Травмы, тромбозы и эмболии, гнойная хирургия

*К разделу экстренной хирургии, конечно же, относятся травмы.* В крупных больницах в хирургическую бригаду включается травматолог, и тогда хирург может принять участие в лечении травмированного больного только по просьбе травматолога или по решению ответственного хирурга. В подавляющем же большинстве районных больниц, особенно в тех, где нет выделенного травматологического отделения, дежурный хирург в единственном числе олицетворяет и хирурга и травматолога.

### 1. Первичная хирургическая обработка раны

Наиболее частая операция у травматолога — первичная хирургическая обработка раны. Здесь требуется уточнение терминов. Введенный П. Фридрихом в 1898 году термин происходил из предположения, подтвержденного экспериментально, что инфекция в случайных (неоперационных) ранах не распространяется за пределы пораженных тканей в течение 6 часов. Отсюда во французской армии в конце Первой мировой войны появилось мнение, что если первичная хирургическая обработка раны производилась в указанном интервале времени, то рана становится стерильной и можно наложить первичный шов.

Суть такой первичной обработки заключалась в том, что иссекалась рана, отступы 1 см от края **вместе с ее дном.**(!) Такая позиция оказалась заблуждением, т.к. дно раны можно было иссечь только в тех случаях, если дном ее не являлись сухожилия, нервы и тому подобное.

Во время Второй мировой и Отечественной войн ни одна из ранее существовавших теорий течения раневого процесса не получила преимущества практического исполнения (теория локализации инфекции, теория разрушения тканей, теория фазового течения патологического процесса и другие).

Многообразие огнестрельных повреждений показало, что все эти теории могут найти подтверждение в различных ранениях, поэтому в хирургии ранений возобладали синтетическая теория, получившая повсеместную практическую реализацию. По возможности, раны иссекались, но дно раны подвергалось интенсивному промыванию и обеззараживанию (антисептики, позднее антибиотики), **края огнестрельных ран не зашивались**, поскольку количество раненых предусматривало этапный метод лечения со вторичной обработкой санированных ран на этапах эвакуации и совершенствовании методов лечения гнойных ран. В первичной обработке главное было раскрыть все затеки и карманы, чтобы в случае нагноения обеспечить надежный отток гноя. В отдельных случаях (резаные раны, касательные) при возможности содержания раненого в течение нескольких дней в медсанбате или полевом госпитале накладывался первичный шов.

## 2. Переломы трубчатых костей (по данным «Опыта ВОВ»)

При огнестрельных переломах костей голени чаще всего после первичной обработки в полевом госпитале первой линии накладывалась глухая гипсовая гипроскопическая повязка, которая «отсасывала» раневое содержимое, «осушивая» такую рану.

При переломах бедра культивировались два способа лечения: глухая гипсовая повязка от стопы до мечевидного отростка и скелетное вытяжение.

В «Опыте Великой Отечественной войны» подробно изложены оба метода. Преимущество глухой гипсовой повязки — в возможности эвакуации раненого, преимущество скелетного вытяжения в возможности репозиции и визуального наблюдения за открытой раной.

Единого вывода в «Опыте...» не сделано: во фронтовых госпиталях чаще накладывали гипс, в далеком тылу при смещении гипса, его повреждении или нагноении раны гипс снимали и накладывали скелетное вытяжение.

Постепенно этот метод стал преимущественным в мирное время: сразу при поступлении производилась рентгенография пораженного бедра, и если не производилась первичная обработка раны и перелома, то в соответствии с характером перелома накладывалось вытяжение (за мышелки бедра или бугристость большеберцовой кости) с соответствующей массой вытяжения для правильного сопоставления обломков.

Интрамедуллярный остеосинтез во время ВОВ не применялся, в последующие годы остеосинтез применялся, в основном, при закрытых переломах (бедра, шейки бедра), но и при открытых переломах отдельные авторы применяли интрамедуллярный остеосинтез.

## 3. Иммобилизация при травмах (комментарий)

Любая травма с повреждением костей сопровождается болью. Боль связана с раздражением надкостницы обломками костей и является основной жалобой пострадавшего. Поэтому главная обязанность лица, оказавшего первую помощь, — это иммобилизация конечности.

При переломе костей руки это легче: даже при полном отсутствии средств иммобилизации руку можно подвесить на косынке и прибинтовать к туловищу.

Иммобилизация ноги действительно представляет нелегкую задачу, особенно если предстоит транспортировка. Вспоминая все сложности фронтовых будней с сотнями раненых в голени и бедра, я снова возвращаюсь к проблемам иммобилизации.

Подчеркну, что идеальный способ иммобилизации — гипсовая повязка — была невозможна ни на батальонном, ни на полковом пунк-



тах и даже в медсанбате. Первая гипсовая повязка накладывалась во фронтовом госпитале.

У батальонного фельдшера в снаряжении имелись фанерные шины (2—3), шины Крамера (3—4) и ... подручные средства, вплоть до личного оружия, заборного штакетника и любой другой дощечки.

Кстати, и в настоящее время «наисовременнейшей» шиной для иммобилизации при переломах голени сохранилась шина Крамера. Надо сказать, что эта проволочная шина плохо фиксирует перелом обеих костей голени. Прошло уже 58 лет со дня моего ранения (пулевое ранение голени с переломом обеих костей). И хотя это случилось 6-го марта 1943 года, когда в Калининской области снег лежал толстым слоем и до медсанбата меня доставили на санях (!), шина Крамера, наложенная по всем правилам, не спасала мою ногу от мельчайших бугорков и неровного хода лошади...

Больные с переломами обеих костей голени доставляются в травматологические отделения или с шиной Крамера, или вообще без всякой шины.

Во время войны в сумке фельдшера имелись ампулы с морфием, что в известной мере снижало уровень боли. В настоящее время у врача скорой помощи наркотических средств нет, имеются только слабые обезболивающие средства (анальгин, баралгин и т.п.), поэтому сумма обезболивающей помощи больному с переломом обеих костей голени практически отсутствует. Доставленный в приемный покой больной еще натерпитя болевых ощущений: его нужно извлечь из машины и доставить на кушетку в приемном покое, затем его нужно повезти в рентгеновский кабинет. Для этого его нужно снова перекладывать (!) на каталку, а в рентгеновском кабинете снова переложить (!) на снимочный стол. После снимка больного нужно снова переложить (!) на каталку, отвезти в отделение и снова переложить (!) на кровать. Иногда последний этап можно избежать, если после рентгенографии решено больного оперировать немедленно, и его сразу повезут в операционную. Не все перечисленные этапы сопровождаются эффективным обезболиванием. Между тем некачественное обезболивание (как это прописано в «Основах Законодательства РФ о здоровье граждан»), неадекватное обезболивание является правонарушением, дающим право пациенту на материальную компенсацию.

При переломах бедра дело обстоит еще драматичнее. В последние годы участились переломы шейки бедра у стариков. Возможно, это связано с авитаминозом и общим ослаблением защитных сил у людей, переживших войну и послевоенное многолетие.

В недалекие времена пострадавшие старики делились на две группы: отказавшиеся от операции и подвергшиеся остеосинтезу трехлопастным гвоздем ЦИТО.

В обеих группах летальность была высокой: у неоперированных — от пневмонии, у оперированных — от травматичности операции.

В последние годы во многих высокоразвитых странах (США, Германия, Япония и др.) старые больные с переломами шейки бедра подвергаются экстренной операции с заменой поврежденного сустава искусственным металлическим или пластиковым суставом. Результаты вполне удовлетворительные.

У нас в стране тоже стали производить эти операции, но, к сожалению, только в специализированных мощных травматологических учреждениях типа институтов травматологии или на кафедрах травматологии медицинских институтов. В обычных травматологических отделениях эти операции за редким исключением не производятся (из-за отсутствия финансов и подготовленных кадров).

Но обратимся к более частым переломам — диафизарным переломам бедра и опять же к вопросам первичной иммобилизации.

В 1941 году я служил эскадронным фельдшером (первый эскадрон 44-го кавалерийского полка 53-й кавалерийской дивизии кавалерийского корпуса генерала Доватора). Полковым врачом у нас был полковой врач Рыбин. В сентябре 1941 года, в период затишья — подготовки к большому рейду в тыл противника — полковой врач решил использовать время для усовершенствования фельдшерской первой помощи и устроил конкурс на скорость наложения шины Дитерихса. Эта шина московского профессора, наложенная правильно при переломе бедра, давала по идее возможность больному передвигаться, как на костылях, без опоры на ногу. Эта деревянная шина имела три фигурные доски: первая — длинная — имела обработанный верхний конец в виде упора костыля, а нижний выступал на 10—12 см ниже фиксированной стопы; вторая доска имела упор на уровне паха. Укреплялись эти доски с помощью крепкой веревки, которая продевалась в отверстия, приготовленные на досках, связывая доски между собой. Третья доска имела форму стопы, к ней прибинтовывалась стопа. А по центру третьей дощечки было отверстие, через которое пропущена веревка, дающая возможность с помощью вращения произвести некоторое вытяжение, способствующее иммобилизации ноги.

Выяснилось, что неподготовленный фельдшер мучился с этой шиной 2—3 часа, и забинтованный потерпевший не мог на ней ступить ни шагу.

Все же однажды во время рейда такая шина была наложена врачом, но раненый на ней не ходил, а везли его на самодельных носилках, закрепленных на двух лошадях.

В 50-е годы я еще видел больных, доставленных с шиной Дитерихса, но после эти шины исчезли из экипировки врача скорой помощи, и больные доставляются или с шиной Крамера, или с самодельной шиной, или вовсе без иммобилизации.

Во время войны в госпитале я слышал, будто наше правительство объявило конкурс на шину для бедра с премией в 200 тыс. рублей, но и до сих пор эта премия не востребована.

Какое-то время назад появились надувные шины (типа китайских пуховиков, у которых внутри был заложен патрон, после взрыва которого газы распирали шину и создавали иммобилизацию). Говорят, что такие шины применялись в Корейской войне 1952 года для иммобилизации огнестрельных переломов голени. Но мне не пришлось ни разу за 50 лет работы видеть такую шину. Это означает, что их вообще нет.

В последние 20—25 лет нормальным методом лечения переломов голени, плеча, кисти, стопы стал дистрационно-компрессионный метод лечения переломов по Илизарову. По сравнению со старым методом вытяжения, этот метод заметно сложнее, и хирург на дежурстве не должен заниматься таким сложным делом. При закрытом переломе лучше иммобилизовать область перелома, снять болевой синдром, дождаться утра, когда придет специалист и выполнит операцию профессионально.

Суть метода Илизарова заключается в том, что при компрессии обломки стимулируют образование костной мозоли. Отсюда следует вывод, что отсутствие травматологического отделения или обученного травматолога хирурга практически исключает высоко профессиональную помощь травматологическим больным.

В последние годы, после опубликования группой видных нейрохирургов новой концепции травмы черепа, в крупных городах (например, в Нижнем Новгороде) больные с черепной травмой поступают в специализированное нейрохирургическое отделение. И только при тяжелой сочетанной травме (где черепная травма не является главной) больной может оказаться в травматологическом отделении. Тогда, если необходима трепанация черепа с удалением гематомы, ее производит травматолог, в очень сложном случае — приглашенный нейрохирург, а в крайнем случае (при отсутствии профильных специалистов) трепанацию осуществляет хирург.

#### 4. Травмы грудной клетки

Больные с повреждением позвоночника, ребер, грудины подлежат госпитализации в травматологическое отделение. Если в процессе обследования выявляется открытый или закрытый пневмоторакс, гемоторакс, а тем более при ранении в области сердца, к оказанию помощи привлекается хирург. Все проникающие ранения или закрытые повреждения внутренних органов грудной полости госпитализируются сразу в хирургическое отделение. Такое разделение полномочий приводит иногда к недоразумениям и печальным исходам.

**Пример.** В цитированной ранее статье А.П. Загрядской с соавт. приводится случай, ставший предметом судебного разбирательства: молодой человек 18-ти лет получил ножевое ранение в область левой половины груди. Врач-травматолог обработал и зашил рану. Он не

учел, что ранение нанесено узким колющим предметом (так называемая «заточка») и рана проникает в грудную полость. Вероятно, он счел ранение незначительным. Здесь сказалась полная некомпетентность травматолога относительно правил обработки ран грудной стенки. Есть много способов распознать пневмоторакс, даже если обработка раны производится под местной анестезией и даже если узкое отверстие прикрывается мощной грудной мышцей. Травматолог не воспользовался ни одним из них, прозевал открытый пневмоторакс с ранением сердца и фатальным гемотораксом. Больной погиб исключительно по вине оперирующего хирурга, какие бы диагностические трудности не сопровождали этот случай. Сработало невежество в сочетании с профессиональным снобизмом. Здесь обязательно было участие в операции опытного хирурга.

К тому же, как я полагаю, разделение полномочий хирурга и травматолога сыграло и свою отрицательную роль: в силу инструкции ответственный хирург устранился от этого больного, поскольку формально посчитал эту травму компетенцией травматолога.

Но поскольку старший хирург отвечает за **всех** поступивших больных, он также должен был поинтересоваться поступившим больным (ведь ранение грудной клетки!) и принять на свою совесть трагедию молодого человека. Формально же он остался в стороне.

Диагностика повреждения легкого не является сложной проблемой. Первичное рентгеновское исследование (скопия, графия) определит наличие пневмоторакса и гемоторакса, что само по себе может явиться показанием к торакотомии.

Как правило, вскрытие грудной полости производится там, где имеется раневое отверстие в ближайшем межреберье, рана раздвигается ранорасширителем, и плевральная полость становится доступной для обозрения. Осматриваются сердечная сумка, легкие, магистральные сосуды, бронхи, пищевод, поверхность диафрагмы.

Если обнаружен **гемиперикард** или имеется явное кровотечение из **полости сердца**, то самым первым актом является широкое рассечение перикарда, делается попытка прижать пальцем отверстие в желудочке или предсердии (при непрерывной работе электроотсоса), затем накладывается одиночный шов на рану сердца. Если сердечная стенка дряблая и швы прорезаются, то можно использовать перикард или путем захватывания в шов краев перикарда или заплату из перикарда, и через плотную его ткань наложить швы. Обязательно тщательное осушивание грудной полости и продолжение ее осмотра. Если выявлено ограниченное повреждение легкого, то производится его ушивание, если доля легкого раздроблена, то производится вынужденная лобэктомия.

После ушивания раны сердца всегда, а после повреждения легкого как правило, в плевральную полость вводится вертикально рас-

положенная трубка с несколькими отверстиями, и через отдельное отверстие в межреберном промежутке выводится наружу или в виде дренажа по Бюлау, или в виде герметично закрытой трубки с ежедневным контрольным отсасыванием из плевральной полости.

Иногда при наличии явного затемнения в плевральной полости (скорее всего гемоторакс) отсасывание не получится, жидкость в шприц Жане не идет. Тогда нужно после обезболивания отправить больного в рентгеновский кабинет и **совместно с рентгенологом** осмотреть плевральную полость. При этом можно увидеть смещение сердца в противоположную сторону и почти наверняка выступающий над уровнем жидкости конец трубки с нефункционирующими боковыми отверстиями. Следует подтянуть трубку, и тут же **в рентгеновском кабинете** произвести отсасывание жидкости.

Если и эта манипуляция оказалась безрезультатной, следует под контролем рентгеноскопии выполнить пункцию и все же отсосать содержимое плевры.

Если была произведена вынужденная лобэктомия, то после тщательного гемостаза можно ушить грудную стенку без дренажа, попросив перед этим анестезиолога раздуть легкое с целью проверки герметичности шва. В последующие дни под контролем рентгеноскопии проводить пункции и отсасывание.

По мнению хирургов-пульмонологов такой метод ведения послеоперационного периода предпочтительнее, чем ведение этого периода с дренажем, поскольку последний является механическим раздражителем плевры, что чревато нарастанием плеврального экссудата (или трансудата). В послеоперационном периоде желательно полусидячее положение больного, что улучшает возможность удаления жидкостей из плевральной полости.

## 5. Травма пищевода

Ранение пищевода при повреждении грудной стенки — явление редкое. Чаще пищевод повреждается инородными телами или при инструментальной попытке удалить инородное тело.

**Пример:** В 1987 г. поступил 40-летний крепкий мужчина, известный бизнесмен С. с необычной жалобой: он ел мясо и проглотил большой кусок, который в желудок не прошел, а застрял на уровне кардиального отдела. Попытки протолкнуть мясной завал (вода, нарзан, коньяк) эффекта не дали, и больной поступил в больницу.

Облегчить страдания больного взялись отоларингологи. Под местной анестезией введен эзофагоскоп (по Брюнингу), который был подведен к мясному завалу, и последний механическим проталкиванием был **продвинут** в желудок. Таким образом, был устранен завал, больного хотели отпустить домой, но решили оставить на сутки для

наблюдения. На следующий день у больного продолжались боли за грудиной, появилась подкожная эмфизема на груди и шее, значительно возросла температура тела. Стало ясно, что произошла травма пищевода.

С помощью рентгеновского исследования был установлен диагноз медиастенита, а при контрастной рентгеноскопии обнаружена утечка бария на границе в 1/3 и с 1/3 пищевода. Дальнейшее лечение потребовало изрядного изобретательства в виде деликатнейшего проведения зонда в желудок через поврежденный пищевод для зондового питания, но этого оказалось недостаточно. Было предпринято дренирование нижнего и верхнего средостения встречными дренажами с ежедневными промываниями (сверху вниз) полости средостения, наложена гастростома по Г.С. Топроверу для питания. Наложения фистулы в шейном отделе пищевода не понадобилось.

Через полтора месяца контрастная рентгеноскопия показала, что утечки бария в месте разрыва нет. Через два месяца начато щадящее оральное питание, и закрыта гастростома. Больной поправился.

Эта история болезни поучительна в тактическом отношении: больной был оставлен в стационаре, несмотря на устранение препятствия. Если бы он был отправлен домой (как предполагалось), то операция по поводу медиастенита оказалась бы запоздалой.

Мы наблюдали и более тяжелые повреждения пищевода, когда при контрастном исследовании барий широкой струей поступал из пищевода в средостение и плевральную полость. В этих случаях понадобилась и фистула в шейном отделе пищевода с выведением проксимального конца на боковую поверхность шеи, и дренирование плевральной полости, а также встречное дренирование средостения, и желудочная фистула для питания.

Больной поправился только благодаря самоотверженному уходу за ним интерна, который непрерывно дни и ночи проводил около больного, бесконечно промывал и менял дренажи. Больной был у нас выписан и направлен в Москву для восстановления проходимости пищевода.

При повреждении пищевода — неподвижного органа, замурованного в заднем средостении, лишённого брюшинного или плеврального покрова — чрезвычайно трудно получить заживление раны. Для успеха в этом деле нужно испытать все способы борьбы с медиастенитом, после излечения которого создается ситуация для восстановления целостности пищевода (операция Ру-Герцена или С.С. Юдина).

Передо мной лежат три монографии по теме повреждения пищевода: М.А. Подгорбунского и Т.И. Шраере (1970) Б.Д. Комарова и Н.Н. Канщина (1989) и В.И. Белоконева с соавторами (2000).

В каждой из этих монографий есть некоторое различие в деталях, касающихся, главным образом, прямого вмешательства на травмированном пищеводе и методике борьбы с гнойным медиастенитом.

В этих монографиях (в том числе и в монографии В.И. Белоконева с соавт., 2000) отмечается наиболее часто поражение пищевода в виде химических ожогов (щелочью, кислотой).

В 60—70-е в Волгоградскую факультетскую хирургическую клинику направляли больных с этой патологией (особенно с ожогами уксусной кислотой) и в нашем реанимационном отделении успешно проводилась детоксикация в шоковом периоде болезни с помощью наружного дренирования другого лимфатического протока (ГЛП<sup>1</sup>). К сожалению, ни в одной из перечисленных монографий не приведен этот метод оказания экстренной помощи при ожогах пищевода.

Вероятно, в настоящее время детоксикации с помощью гемосорбции, плазмофереза менее трудоемки и в определенной степени эффективны; к тому же они проводятся в реанимационном или токсикологическом отделениях врачами, не владеющими лимфатикостомией. Однако в свое время с помощью отведения токсичной лимфы, лимфосорбции и переливания донорской лимфы удавалось получить определенный положительный эффект во многих клиниках (Г.И. Виронский, С.П. Штефан, 1989; И.И. Ярема с сотр., 1995 и др.).

Думаю, что в специальных монографиях этому методу следовало бы посвятить несколько строк хотя бы в ознакомительном аспекте.

## 6. Травмы живота

И открытая и тупая травмы живота находятся в ведении хирурга.

### 6.1. Открытая травма

Любое проникающее ранение (огнестрельное, ножевое) по правилам военно-полевой хирургии подлежит немедленному оперативному лечению. Это положение и в мирное время не имело исключений до тех пор, пока М.Г. Урман с 1990 г. в своей докторской диссертации не сделал вывод о возможности в некоторых случаях не прибегать к немедленной лапаротомии, а решать вопрос после тщательного наблюдения за больным. Данные этой докторской диссертации были убедительны, но метод отложенной лапаротомии широкого распространения не получил. Каждый хирург боится себя от возможного выявления повреждения внутренних органов, тем более что иногда симптомы внутреннего повреждения запаздывают по сравнению с темпом развития патологического процесса.

В практической работе встречаются случаи интактного ножевого (и даже пулевого) ранения брюшной полости. Но каждый раз, сделав «напрасную» лапаротомию, хирург сообщает больному, что он «родился в сорочке».

<sup>1</sup> Пиковский Д.Л., Алексеев Б.В. Дренирование при тяжелом отравлении уксусной кислотой//В кн. Дренирование ГЛП в хирургической практике. М.: Медицина, 1979, с. 124—172.

Сама лапаротомия по поводу ранения, отнюдь, не является простым делом. Во-первых, нужно определить направление раневого канала.

**Пример.** Пулевое ранение имело входное отверстие в восьмом межреберье слева по передней аксиллярной линии; выходное отверстие — справа в шестом межреберье по средне-аксиллярной линии.

Хирург произвел торакотомию слева, удалил свернувшуюся кровь, увидел касательное ранение диафрагмы, на которую наложил несколько швов; сделал пункцию правой плевральной полости, крови не обнаружил и ограничился ушиванием пневмоторакса справа. Самочувствие больного было удовлетворительным, но на следующий день обнаружился низкий гемоглобин и притупление в нижней части живота.

Решено выполнить лапаротомию, во время которой обнаружено более одного литра крови, истекающей из раны купола печени. Кровь удалена, рана печени — неглубокая, длиной около 10 см — ушита. Выздоровление.

Этот пример показывает, что при ранении грудной клетки иногда раневой канал уходит в брюшную полость, и тогда хирургу предстоит еще и лапаротомия. Здесь уже метод «наблюдения» (надежда на счастливый случай) не годится, и отказ от лапаротомии при торакоабдоминальном ранении является не «научным взглядом на проблему», а **преступлением** в виде невыполнения профессионального долга.

При ранениях печени (если это не разорванная рана с помощью специального снаряда, например, разрывной пули) ушивание ее не представляет больших трудностей. При глубоких ранах вполне достаточно шва Кузнецова—Пенского, наложенного с помощью большой кожной иглы, оснащенной крепким и не тонким шовным материалом (предпочтителен не рассасывающийся шелк или капрон). Если печень рыхлая (цирроз), то в шов следует захватить прядь брюшного сальника, и тогда швы не прорежутся.

Ранения желчного пузыря могут быть ушиты серосерозными швами, если при этом не наступает деформация пузыря. В противном случае, с пользой для больного пузырь лучше удалить.

Повреждение желчевыводящих протоков почти всегда является следствием не огнестрельного ранения, а ятрогенного повреждения во время разных операций в зоне желчевыводящих протоков.

Повреждение поджелудочной железы требует к себе особенного внимания<sup>1</sup>. Абсолютное большинство раненых с ранением поджелу-

---

<sup>1</sup> В 1947 г. по заданию профессора Е.Л. Березова я просматривал первичные фронтовые документы по ранению поджелудочной железы в военномедицинском музее в Ленинграде. Я подробно ознакомился с 1000 историй болезни (по условиям работы ВММ каждая востребованная история болезни должна быть перенесена на бланк для цифровой вычислительной машины). И почти все раненые скончались на разных этапах эвакуации.



дочной железы, которых удалось эвакуировать с поля боя, заканчивали свой путь на уровне медсанбата и фронтовых госпиталей первой линии. Очень редко удачливые больные поправлялись, испытав множество операций по поводу некрозов и свищей. В мирное время встречаются (чрезвычайно редко) ножевые ранения поджелудочной железы, пронзившего перед этим обе стенки желудка.

Повреждения желудка и кишечника инициируют элементарную помощь в виде тщательного ушивания стенок двухрядным или однорядным швом. Обработка ран желудка и кишки по типу первичной обработки раны не требуется — нужно только отмыть с этих органов видимые загрязнения кишечным содержимым.

Своевременное удаление желудочно-кишечного содержимого не только при ранениях, но и при непродолжительном (6—12 часов) перитоните обеспечивает стерильность брюшной полости за счет эффективного местного иммунитета.

Сложнее обстоит дело с ранениями ДПК в тех случаях, когда ушивание большого отверстия грозит стенозом. Здесь возможны два варианта: поперечное ушивание продольно разорванной ДПК или наложение гастроэнтероанастомоза для создания покоя ДПК.

До открытия антибиотиков ранения **толстой кишки**, которая предлежит непосредственно к передней брюшной стенке, приводило хирурга в ужас; в настоящее время при доставке раненого в первые 6 часов перитонит развиваться не успевает, и операция (после отмывания брюшной полости от кала, активного промывания брюшной полости раствором антибиотиков и надежным ушиванием стенки) заканчивается выздоровлением без вторичного перитонита.

Ранение прямой кишки может быть огнестрельным комбинированным с ранением мочевого пузыря, и тогда выздоровление наступает через этапы свищей мочевого пузыря и толстокишечных свищей с последующим сложным восстановлением — *restitutio in integrum*.

Ранение прямой кишки изнутри в определенной степени связано с криминалом.

**Пример I.** На Горьковском автозаводе в 50-е годы работали в качестве *gastarbeiter* северокорейские юноши. Группа хулиганских ребят решила подшутить над одним корейцем: насильно вставили в задний проход шланг от компрессора в 5 атмосфер! Левая половина толстой и ампула прямой кишки буквально разлетелась.

Больного спасла немедленная операция с наложением цекостомы.

**Пример II.** В 1986 г. на попутной машине был доставлен в больницу больной С. 20-ти лет с жалобами на боль внизу живота, слабость, затрудненное мочеиспускание. При осмотре: незначительное притупление внизу живота, наличие симптомов раздражения брюшины, болезненность промежности при пальпации. Поскольку у больного за 9 месяцев до этого была произведена аппендэктомия, то врачебная мысль была направлена на какое-то неблагополучие в области слепой киш-

ки. В связи с наличием перитональных явлений решено было сделать нижнесрединную лапаротомию.

Оказалось, что в брюшной полости около 200 мл мутного экссудата. В этом экссудате мы обнаружили *кусок джинсовой ткани (!)* 2х3 см с довольно ровными краями.

Удивившись неожиданной находке, мы стали скрупулезно искать отверстие в толстой и прямой кишке. Обе кишки представились нам без повреждений, и я в полном расстройстве зашил брюшную полость.

Озадаченные в высшей степени (расспросить больного было невозможно, он еще не вышел из наркоза) мы вызвали родителей и просили их привезти джинсовые брюки, в которых их сын-студент ходил на занятия. К всеобщему удовольствию кусок джинсовой ткани, найденный нами в брюшной полости, точно подошел к отверстию в промежуточной части брюк; мы поняли, что каким-то образом молодой человек сел на предмет, который глубоко вошел в прямую кишку, проткнув брюки и вырвав из них кусок (по-видимому «посадка» была основательной, ибо джинсовая ткань в тупом варианте не рвется), задвинул его в брюшную полость.

Но где же отверстие в кишке?

Я долго беседовал с юношей, но добиться внятного рассказа не мог, тогда я попросил отца поговорить с сыном «по-мужски», и вот что выяснилось. За три дня до поступления случился спор между товарищами в аудитории. В этой аудитории стояли железные стулья из трубок, на некоторых из них отсутствовала деревянная спинка, закрепляющаяся своей верхней гранью над концами трубок-стоек. В связи с отсутствием на некоторых стульях этих деревянных спинок торцевые части трубок-стоек стояли концами кверху.

Товарищ во время спора толкнул нашего пациента и тот сел на торчащую обнаженную трубку-стойку. Он почувствовал боль в заднем проходе, но никому об этом не рассказал.

Но где же отверстие в кишке?

После долгого размышления я высказал такую версию: острый конец трубки поранил слизистую прямой кишки, прошел в подслизистом слое до уровня брюшной полости, а там перфорировал серозную оболочку сигмовидной кишки. Через три дня «терпения» обе раны — и в прямой кишке и в сигмовидной — закрылись, а перитонит возник от инородного тела (джинсовой ткани), привнесенного в брюшную полость на конце трубки-стойки.

Казуистика сама по себе интересная, но следует отметить, что поводом для лапаротомии послужила не форма травмы, а **железный закон патологии брюшной полости**: симптомы перитонита даже самые малые ведут мысль хирурга к лапаротомии.

**Травма селезенки.** В количественном отношении закрытая травма селезенки заметно опережает открытую огнестрельную или нане-

сенную холодным оружием. При огнестрельном ранении селезенка разваливается на кусочки, и если хирург не успевает ее удалить, то большая погибает от кровотечения. Кровоснабжение селезенки идет от а. Lienales, но если она раздроблена, то кровит и артерия, и вена, выбрасывая кровь воротной вены. Через эти сосуды вся кровь может вылиться в течение нескольких минут, поэтому спасение больного с огнестрельным разрывом селезенки возможно, образно говоря, если его ранило около операционного стола.

Ножевое ранение селезенки намного легче огнестрельного. Как правило, такое ранение носит линейный характер, и если ранение не достигло корня селезенки, то кровотечение может быть ограниченным за счет частичного слипания краев раны и связанного с этим тромбообразования. Однако никакое кровотечение из сколь-нибудь широкой по поверхности раны само по себе не прекратится. Всякое ранение селезенки должно предусматривать лапаротомию.

И вот, во время лапаротомии хирургу приходится крепко подумать, что делать: самое простое — удалить селезенку. Нужна ли она человеку? В своем профессиональном снобизме хирурги считают, что спасают жизнь больного, и последний должен мириться с частичным дискомфортом, осложняющим жизнь. Мы с этим встретимся в нескольких главах при обсуждении резекции желудка, холецистэктомии и т.п.

Что касается селезенки, то осознание многообразия ее функций заставляет хирурга повременить с ее удалением, и поразмыслить о возможности ее сохранения при ножевом ранении и тупой травме живота.

В настоящее время есть способы остановки кровотечения из нормальной, но поврежденной селезенки.

## **6.2. Тупая травма**

Если при открытом повреждении живота тактика хирурга предельно ясна, то при закрытой травме требуется размышление. Преимущественно, такая травма наступает во время драки или при избиении человека, главным образом, обутыми ногами.

Нередко пострадавшие находятся в состоянии алкогольного опьянения, и тогда теряется много времени на доставку больного в стационар, уточнение диагноза и решение вопроса об операции.

Объективные симптомы кровотечения и разрыва полостных органов в основе своей содержат анамнестическую часть. Сильно пьяный больной кроме естественного отвращения, вызываемого его обликом, не может внятно отвечать на вопросы врача, и нередко уточненная диагностика откладывается до «вытрезвления».

Разрыв селезенки потому диагностируется труднее разрыва печени, что если для разрыва печени требуется сильный удар в наджелудочную область или подреберье, то для травмы мягкой селезенки,

расположенной под податливыми ребрами, требуется вовсе небольшое усилие, и это может не вызвать тревоги.

**Пример.** В 1957 году женщина 46-ти лет привезла на рынок бидон молока для продажи. На санки под бидон она поставила ящик, чтобы было удобнее наливать молоко. В какой-то момент она поскользнулась и задела бидон левым подреберьем. Сначала боль была сильной, а затем притихла, и больная **пешком** повезла санки с пустым бидоном домой (приблизительно 3—3,5 км). Придя домой и отогревшись, она почувствовала снова боль в левом подреберье, решила не обращать внимания, но хозяйством заниматься не стала, а легла отдыхать. Ночью частично спала, а частично лечилась с помощью грелки. Утром самостоятельно пришла в больницу, была осмотрена дежурным хирургом, который не нашел серьезной патологии. Но женщина настаивала на госпитализации, повторяя, что дойти домой она не сможет. Возможно, что к этому времени симптомы стали выраженными, и осмотревший больную доцент сразу предложил лапаротомию. На операции: не менее двух литров крови в брюшной полости (реинфузия), разрыв селезенки с отслойкой капсулы по всей поверхности (возможно, первоначальный разрыв был подкапсулярным), спленэктомия, выздоровление.

Этот случай является типичным с точки зрения трудности диагностики. В то время (50-е годы) диагностика тупой травмы живота базировалась только на клинических симптомах. Лишь в 60-е годы в клиниках и больницах стали широко применять лапароцентез и лапароскопию. Применение любого из этих методов сразу бы прояснило ситуацию. В те годы травма селезенки с кровотечением обязательно предусматривала спленэктомию, в настоящее время хирург, прежде всего, должен подумать о возможности сохранить селезенку.

**Пример.** В дежурный день я был приглашен в операционную. Шла операция по поводу тупой травмы живота у мужчины 25-ти лет. Кишечник не был поврежден, кровь (около 1 литра) была пригодной для реинфузии, поскольку выливалась из поврежденной селезенки.

Хирург продемонстрировал рану селезенки: она имела лямбдовидный (I) характер с размером каждой грани по 3 см. В этот момент рана кровоточила, но кровотечение было незначительным. Я порекомендовал хирургу наложить швы на поверхность ран и на протяжении 10 минут проследить, остановилось ли кровотечение.

Операция была закончена благополучно, селезенка была сохранена, больной поправился.

**Селезенка** — орган, о котором в XIX веке знали очень мало. Информация о функциях селезенки обрастала анекдотами. Мой учитель, профессор Е.Л. Березов, в своей монографии «О функции селезенки» (1928 г.) приводит якобы достоверную быль о студенте, который сдавал экзамен знаменитому профессору Рокитанскому. На вопрос

экзаменатора: «Что Вы знаете о функции селезенки?» студент дал чисто студенческий ответ: «Профессор, честное слово, я знал, но забыл». «Что Вы наделали!», — воскликнул профессор. — «Ведь Вы единственный человек, который что-либо знал о функции селезенки!»

Однако в настоящее время роль селезенки выяснена достаточно подробно. Она участвует в портальном венозном кровообращении, являясь амортизатором портального давления наподобие желчного пузыря в системе желчных путей.

Селезенка содержит ретикулоэндотелиальные клетки — важные элементы иммунного комплекса. Она участвует в механизме анти-свертывающей системы крови, удерживая количество тромбоцитов на оптимальном уровне (именно на таком уровне, чтобы свертывание не выходило за рамки нормальных показателей). Она осуществляет разрушение старых эритроцитов, отслуживших свой срок.

Осуществляя свою разрушительную по отношению к тромбоцитам и эритроцитам деятельность, нормально функционирующая селезенка удерживается на уровне видовой нормы: колебания количества эритроцитов и тромбоцитов не превышают некий определенный уровень.

Кто же управляет этой замечательной арифметикой? Если селезенка не справляется с обозначенной проблемой, то это означает или собственно болезнь селезенки, или ее патологическую реакцию на другое заболевание, например приобретенную гемолитическую анемию. Следовательно, в нормальной селезенке (именно в самой селезенке) находится регулирующий механизм, в нашем понимании программа. Удаление селезенки лишает человека почти полностью этого механизма. «Почти», так как часть обозначенных функций, по-видимому, берет на себя печень. Сравнительно недавно, 10—15 лет тому назад, любая травма селезенки заканчивалась ее удалением. Хирурги считали ее не жизненно важным органом, как, например, поджелудочную железу, к удалению которой подходят крайне осторожно, и прибегают к панкреатэктомии только в крайних случаях (например, при опухоли или тотальном панкреонекрозе).

В дополнение к перечисленным функциям селезенки следует добавить значительные, но не жизненно важные другие функции: депонирование крови, при так называемых спленомегалиях (когда при спленэктомии накладывается зажим на артерию, и в селезенку кровь больше не поступает, и хирург обеими руками выдавливает из селезенки через не перевязанную селезеночную вену около 300—400 мл крови (в зависимости от ее размеров), что в серьезной степени заменяет трансфузию аналогичного количества донорской крови).

В селезенке много лимфатической ткани, содержащей Т и В лимфоциты, что позволяет отнести селезенку к системе клеточного иммунитета.

Иммунная роль селезенки заключается также в захвате и переработке макрофагами вредных веществ, чужеродных агентов (бактерий,

вирусов), захвате и разрушении эндотоксинов, детрита при ожогах и травмах.

Селезенка удивительным образом распознает чужеродные для данного организма антигены и синтезирует специфические антитела. Ее фагоциты различают стареющие и жизнеспособные клетки (до сих пор природа этого процесса еще не раскрыта, но факт достоверно подтвержден).

Селезенка участвует в синтезе белка, а также знаменитого VIII фактора свертывающей системы крови, отсутствие которого в организме приводит к наследственной гемофилии...

Все изложенное диктует хирургу сдержать порыв к удалению травмированной селезенки во всех случаях. Каждый хирург, производящий операцию по поводу травмы селезенки, должен по ходу операции искать возможность остановки кровотечения и сохранения селезенки.

Такому осмыслению роли селезенки способствовала склонность практического хирурга добавлять к нормальному причинно-следственному мышлению элементы телеологического мышления, создавая тем самым классический вариант врачебного мышления.

Можно ли жить без селезенки? Конечно, можно, если ее удаление обошлось без нежелательных последствий. Ведь можно жить без одного из парных органов (легкие, почки, глаз, ухо и т.п.). Однако качество жизни незаметно для человека приобретает ущербность.

После спленэктомии может наступить состояние, которое называется **аспленизмом** (в противоположность гиперспленизму), при котором количество тромбоцитов неудержимо растет, достигая огромных цифр.

Больной с аспленизмом вынужден длительное время принимать кортикостероиды.

В связи с вышеизложенным становится ясно, что удаление травмированной селезенки нежелательно, и там, где это возможно, следует попытаться ее сохранить.

**Травмы почки.** Огнестрельные повреждения почки так же, как и огнестрельные ранения селезенки, как правило, заканчиваются нефрэктомией.

Диагностика закрытых повреждений почки значительно легче, чем закрытой травмы других органов брюшной полости: при любой серьезной травме почки с нарушением ее целостности в моче появляется кровь.

Единственная трудность заключается в определении уровня повреждения (почка, мочеточник, мочевого пузырь). Диагностика уточняется с помощью внутривенной контрастной урографии, которая покажет место утечки контраста из почки.

В отличие от внутрибрюшных кровотечений из печени, селезенки, брыжеечных сосудов, кровотечение из почки легко контролируется окраской мочи. При некотором наблюдении кровотечение может

уменьшиться, и тогда появляется шанс обойтись без операции, применив консервативные мероприятия (холод, введение кровоостанавливающих средств).

Если же кровотечение продолжается, то возникает вопрос об операции. Давно уже урологи ополчились против хирургов, которые удаляют почку при однополюсном поражении.

Теперь и дежурные хирурги стараются сберечь поврежденную почку, если лоханка и один полюс сохранили свою структуру.

**Травмы мочеточника.** Случайные (огнестрельные и ножевые) ранения мочеточников встречаются крайне редко. Гораздо чаще происходят ятрогенные повреждения мочеточника во время операций по поводу обширных онкологических заболеваний (рака восходящей и нисходящей толстой кишки или операции Вертгейма при больших опухолях матки).

Еще не так давно случайное повреждение мочеточника заканчивалось нефрэктомией при условии функционирующей другой почки или пересадкой проксимальной части мочеточника в толстую кишку.

Появление микрохирургической техники с соответствующими иглами, нитями, инструментами способствовало единичным операциям полного восстановления мочеточника. В случае прорастания опухоли и иссечения значительного куска мочеточника (урологи еще не научились серьезно удлинять мочеточник) урологи стали производить пластические операции, замещая дефект мочеточника сегментом тонкой кишки.

Травма обеих почек с нарастающей потерей функций не стала смертельным событием. Таким пострадавшим делается пересадка донорской почки, причем жизнеобеспечение до подбора донора производится аппаратом «искусственная почка».

Огнестрельные травмы мочевого пузыря часто сочетаются с повреждением крестца и сопровождаются неврогенными расстройствами.

И при изолированном огнестрельном ранении мочевого пузыря, и при сочетанном повреждении наружный мочевой свищ как мероприятие временное или даже постоянное неизбежен.

При адекватном ушивании изолированной раны мочевого пузыря можно защитную часть операции закончить наложением микроцистостомы или введением катетера *a demeure*.

Закрытая травма мочевого пузыря иногда происходит от незначительной травмы в тех случаях, когда человек находится в алкогольном опьянении и мочевой пузырь переполнен.

Повреждение мочеиспускательного канала часто сопровождается сложными переломами костей таза.

Диагноз складывается из нескольких признаков:

- а) отсутствие мочеиспускания;
- б) постоянное капельное выделение крови из мочеиспускательного канала;

- c) переполнение мочевого пузыря;
- d) дефект при контрастной уретрографии.

Существуют определенные правила ведения таких больных:

- a) категорически нельзя применять металлический катетер;
- b) эластический катетер применяется осторожно в качестве бужа;
- c) опорожнение мочевого пузыря с помощью пункции.

В экстренной ситуации не исключена возможность первичного шва уретры на «кольцевом» катетере при наложенном надлобковом свище.

Эта операция сугубо для профессионала, ни травматологу, ни хирургу этим делом заниматься не следует. Их задача — возможная иммобилизация перелома и наложение эпизиостомы.

**Разрыв диафрагмы** (острая диафрагмальная грыжа).

**Пример.** В апреле 1946 г. был обычный воскресный дежурный день в клинике Е.Л. Березова. Собралась большая группа студентов 4—5 курсов, и как всегда молодежь в отсутствии больных вела веселые беседы с подначками и розыгрышами.

Единственным дежурным врачом был Ю. Е. Березов с трехлетним стажем, только что защитивший диссертацию и назначенный ассистентом. Практически и студенты, и дежурный ассистент были одного возраста (трое из присутствовавших студентов на первых двух курсах перед отправкой на фронт учились вместе с Ю.Е. Березовым).

Посреди всеобщего веселого «трепа» пришла санитарка и сообщила, что привезли тяжелого больного. Действительно, в приемном покое сидел пожилой худощавый мужчина, бледный и синюшный, и очень тяжело и порывисто дышал. Жаловался на боли в грудной клетке и животе. Мы пытались уложить его на кушетку, но при малейшей попытке он начинал кричать и задыхаться.

А случилось с ним следующее: работая сцепщиком в вагонном депо, он занял неудачную позицию между вагонами, и его сжало двумя амортизационными «тарелками» (буферами). По-видимому, сжатие было частичное (левой половины) и ему удалось вывернуться.

На ощупь ребра были целы, и мы вместе с дежурным ассистентом не знали, что предположить и что делать. Внезапно Ю.Е. быстро вышел из приемного покоя и заперся в кабинете профессора, где было достаточно много книг.

Оттуда он вышел сияющий, велел нам послушать дыхание в левой половине грудной клетки: высоко над диафрагмой мы услышали отчетливые кишечные шумы, и Ю.Е. нам объявил, что мы видим острую диафрагмальную грыжу.

Сразу все пошли в операционную. Лапаротомия. Обнаружен огромный дефект левой половины диафрагмы и выброс, вероятно, половины кишечника в левую плевральную полость. Хирург уложил кишечник на место, зашил разрыв диафрагмы и зашил брюшную полость наглухо. Больной поправился быстро, и Ю.Е. Березов демонстрировал его на хирургическом обществе.



Оказалось, что это был первый случай острой диафрагмальной грыжи в Горьком.

В дальнейшем в Волгоградской клинике мне приходилось неоднократно оперировать диафрагмальные грыжи, грыжи пищевого отверстия, но острую диафрагмальную грыжу травматического происхождения наблюдать мне не приходилось.

## 7. Эмболии и тромбозы

### 7.1. Эмболия легочной артерии

**Эмболия легочной артерии** — наиболее тяжкая из всех возможных тромбозов и эмболий. Часто это заболевание приводит к быстрому летальному исходу, когда врачи не успевают принять какие-либо меры. Но иногда закрытие легочной артерии бывает не полным или неодновременным. Тогда при рентгеновском исследовании обнаруживается очаговое затемнение легочных полей, и возникает проблема оказания экстренной помощи.

Здесь возникает несколько возможностей:

1. консервативное лечение антикоагулянтами с одновременным поддержанием дыхательных функций;
2. экстренная торакотомия с выделением легочной артерии, ее вскрытием и извлечением тромба;
3. введение катетера в правый желудочек и из него в легочную артерию с непосредственным воздействием на тромб.

Все три способа дают высокую летальность, и выбор из них зависит от обстоятельств.

Первый вариант — вынужденный, когда нет на месте кардиохирурга, способного справиться со сложной задачей; второй вариант предусматривает наличие поблизости кардиохирурга высокой квалификации и всех элементов кардиохирургической операционной, включая возможность выключения из кровообращения сердца на короткое время; третий вариант возможен при наличии специального центра интраваскулярной хирургии с соответствующей аппаратурой и кадрами.

Из сказанного следует вывод, что эмболия легочной артерии более тяжкое страдание, нежели инфаркт сердца или инсульт.

Возникает эмболия легочной артерии в результате отрыва тромба из пораженных тромбофлебитом или варикозным расширением вен нижних конечностей.

Следовательно, единственным результативным методом борьбы с эмболией легочной артерии является воистину профилактическое лечение типичных болезней вен нижних конечностей.

На IX съезде хирургов РФ (сентябрь 2000 г.) рекомендован (А.И. Кириенко и И.А. Золотухин) объединенный термин «Варикотромбо-

флебит», в котором отражается наиболее частое сочетание варикозной болезни и тромбоза. Сборная статистика по РФ показала, что варикотромбоз является самым распространенным острым сосудистым заболеванием, по поводу которого пациенты госпитализируются в хирургические стационары.

Важной рекомендацией, на мой взгляд, является дифференцированное отношение к уровню поражения вен: восходящий тромбоз реально угрожает распространением тромбоза на глубокие вены и развитием эмболии легочной артерии.

Главной целью лечебно-профилактических мероприятий является предотвращение распространения тромбоза в глубокие вены.

При восходящих формах тромбоза стволов большой и малой подкожных вен, когда намечается угроза перехода тромбоза на глубокие вены, показана экстренная операция типа Троянова—Тренделенбурга с обязательной перевязкой всех приустьевых (коммуникативных) притоков.

Мерой, направленной на коррекцию нарушений кровотока в поверхностных варикозно расширенных венах, должно быть проведение адекватной эластической компрессии. К сожалению, этот простой метод профилактики глубоких тромбозов применяется не всегда (например, при оперативных вмешательствах) и **не адекватно**, что может не только не предупредить, но и ускорить восходящий тромбоз. К профилактике не относится постельный режим даже при наличии инфекций: наоборот, настоятельно рекомендуется активный режим, что позволяет в определенный момент проводить амбулаторное лечение.

## 7.2. Тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов («инфаркт кишечника»)

Это заболевание встречается не так уж и редко, поражает оно чаще организмы тучных пожилых людей и не имеет прямого отношения к тромбозу, флеботромбозу и варикозному расширению вен нижних конечностей.

Брыжеечные сосуды относятся, в основном, к системе не полых, а воротной вены. Поэтому венозный стаз кишечных вен заканчивается на уровне воротной вены или печени.

Это заболевание представляет трудности для экстренной диагностики: боли, вздутие живота, отсутствие стула, кровянистые выделения из заднего прохода. При кишечной непроходимости кишечные шумы усилены, а при инфаркте кишечника никаких шумов нет. К сожалению, этот признак кишечника шумов могут еще прослушиваться. К еще большему сожалению рентгеновская картина не специфична.

Диагноз ставится на основании нарастающей интоксикации, отсутствия кишечных шумов и появления перитониальных симптомов. Далеко не всегда можно ограничиться резекцией части тонкой кишки, часто омертвевает весь кишечник.

**Пример.** В первые три месяца моей работы клиническим ординатором (сентябрь 1946 г.) мне пришлось оперировать молодого человека с острым флегмонозным (!) аппендицитом. В день операции ничто не предвещало осложнений. На следующий день я обнаружил бледного больного с частым пульсом, «молчащим» животом, частой рвотой. Я обратился к ассистенту клиники, с которым дежурил. Опытный хирург с большим стажем пожал плечами и сказал, что надо посмотреть. Я просидел с больным всю ночь, наблюдая развитие явной кишечной непроходимости (тахикардия, рвота, вздутый живот). Я стал обращаться ко всем старшим хирургам, ассистентам и доцентам клиники с просьбой сделать лапаротомию, но все они давали уклончивые ответы, а старший хирург, с которым я дежурил, шепотом сказал мне на ухо: «Поздно».

Через день больной скончался. В состоянии крайней депрессии я пошел на вскрытие. Оказалось, что имел место полный некроз тонкой кишки от дуоденоюнальной складки до баугиновой заслонки. Старший хирург, с которым я дежурил, объяснил мне, что тромбоз мезентериальных сосудов был главным заболеванием, не распознанным нами при поступлении; флегмонозно измененный червеобразный отросток был сосудистого происхождения. Конечно, говорил старый хирург, аппендэктомия оказалась напрасной, но если бы мы и удалили весь кишечник, то шансов на выздоровление у больного не было.

Ретроспективно анализируя этот случай через много лет, я воспринимаю события 55-летней давности иначе.

1. Главной ошибкой во время аппендэктомии под местной анестезией было то, что, удовлетворившись флегмонозными изменениями червеобразного отростка, я не осмотрел конечный отдел тонкой кишки.
2. Не обратил внимания на необычно тяжелое состояние больного, выходящее за рамки острого аппендицита.
3. Учитывая свой опыт, могу предположить, что некроз всей кишки не наступил сразу, и, следовательно, мог быть момент, когда некроз носил ограниченный характер, и его резекция могла быть произведена.

В те годы релапаротомия была исключительным событием, и мне понятна отстраненность старших хирургов от безнадежной с их точки зрения операции. И в 60-е, и в 70-е, и, конечно, в более поздние годы я сам и мои сотрудники немедленно приступили бы к релапаротомии, как только наметилось бы ухудшение состояния больного.

Ошибки учат!

В 70-е годы у нас сложилось твердое убеждение: релапаротомия менее опасна, чем грозящие осложнения. По настойчивому предложению М.И. Кузина лечение перитонита происходит с помощью серии релапаротомий с промыванием брюшной полости. По меткому выражению М.И. Кузина — если Вы подумали о релапаротомии, то, наверняка, опоздали минимум на сутки!

### 7.3. Тромбоз магистральных сосудов

Если специалисты сосудистой хирургии занимаются хронической артериальной и венозной недостаточностью, то в экстренной хирургии нередко встречается тромбоз плечевой или бедренной артерии.

Тромбоз плечевой артерии можно вполне расценивать как наружное заболевание: прекращение пульсации и побледнение предплечья, ощупывание места блокады артерии создает ситуацию стопроцентной диагностики.

**Опытный общий хирург** накладывает турникет (без затягивания) и вскрывает артерию, удаляет тромб, вводит в артерию гепарин, убеждается в возобновлении пульсации, иммобилизует руку и назначает антикоагулянты. В настоящее время эта операция относится к компетенции общего хирурга<sup>1</sup>.

Примерно таким же образом оказывается помощь при тромбозе бедренной артерии от паховой складки до Гунтерова канала. В этой топографической зоне операция значительно труднее, и приглашение сосудистого хирурга желательно с самого начала.

### 7.4. Тромбоз сонных артерий

Тромбоз сонных артерий обычно оперируют нейрохирурги. Так сложилась традиция, связанная, по-видимому, с тем, что манипуляция на сонной артерии приводит к временной ишемии мозга.

### 7.5. Острый тромбоз вен

При варикозном расширении вен нередко возникает тромбоз на участке голени или бедра одного или нескольких узлов, как правило, сопровождающийся местным воспалительным процессом.

До 80-х годов хирурги лечили эти осложнения во всех случаях консервативно (мази, антибиотики, антикоагулянты). В настоящее вре-

---

<sup>1</sup> Повреждения магистральных сосудов относятся к компетенции общего хирурга, обязанного владеть сосудистым швом. При этом если удалось без натяжения сблизить сосуды, то накладывается сосудистый шов. Если же имеется дефект сосуда, то производится временное шунтирование (вставляется силиконовая трубка в оба конца сосуда), а дальше больной передается сосудистым хирургам для протезирования.

мя, если процесс ограничен по периметру голени или бедра, больному предлагается удаление тромбовоспалительного участка с первичным швом кожи. В этих случаях даже молодых женщин не одолевают косметические проблемы. После такой операции назначаются антибиотики, антикоагулянты и мази типа троксевазина.

Редкое заболевание — **болезнь Педжета—Шреттера** — ставит перед хирургом сложную задачу. При этом заболевании тромбообразование локализуется в зоне подмышечно-подключичной вены: возникает отек, набухают коллатеральные вены плечевого пояса, резко ограничивается движение руки.

Если процесс стабилизируется, отек и набухание вен не нарастает, лечение ограничивается консервативными мероприятиями; при нарастании явлений приходится учитывать, что подключичная вена впадает в верхнюю полую вену, а та — в предсердие.... В этом случае операцию должны делать кардио-васкулярные хирурги, поскольку все действия находятся вблизи сердца.

## 8. Гнойная хирургия

Это — очень большой раздел экстренной хирургии, ибо нет такого участка человеческого организма, где бы ни развилось гнойное воспаление.

Из учебников по общей хирургии нам известно, что гной состоит из погибших микробов, погибших же лейкоцитов и других клеток, а также продуктов катаболизма; что гнойное воспаление включает в **себя color, dolor, tumor, rubor et functio lesae**. Основное правило: **ubi pus ibi evacuatio**.

Наличие симптомов гнойного воспаления с локализацией в головном и лицевом черепе, грудной и брюшной полости рассматривается как очень тяжелое заболевание, требующее экстренной операции.

Что касается других органов и тканей, то гнойное воспаление представляется нам в неоднозначном варианте.

Гнойное заболевание головы (мозговой и лицевой череп), грудной полости (средостения, сердечной сорочки, плевры и легких), брюшной полости (гнойный аппендицит, холецистит, панкреатит, абсцесс поддиафрагмальный, печеночный, селезеночный, тазовый, почечный лоханочный, межкишечный), суставов являются очень серьезными заболеваниями и подлежат оперативному лечению сразу после установления уточненного диагноза.

Нагноительные процессы в наружных мягких тканях и костях следует рассматривать с позиций телеологического мышления (целесообразной тактики).

Начало нагноительного процесса проявляется **сосудистой гипертензией** зоны поражения: гиперемия, припухлость, отек, пульсирующая боль. Если в начале заболевания сделать разрез, то обнару-

жаты несколько отечные ткани без экссудата (экссудат образуется в конечной стадии гнойного процесса).

Если нельзя весь пораженный участок удалить в пределах здоровых тканей (такой вариант встречается при карбункулах шеи), то следует иметь в виду, что гнойный процесс, в котором имеется 3 стадии (*alteratio, exudatio, proliferatio*), будет развиваться без экссудации. Это будет длительный «сухой» некроз тканей, который никак нельзя назвать благоприятным вариантом.

Экссудат при нагноении содержит не только микробы, форменные элементы и омертвевшие клетки, но и ферменты, способствующие лизису этих элементов.

Так вот, **начало** воспалительного процесса (боль, припухлость, краснота) до образования экссудата — это **сигнал** о возникшем заболевании, заставляющий насторожиться больного и задуматься хирурга<sup>1</sup>. При отсутствии такого сигнала (а это иногда бывает при абсцессах печени, межкишечных абсцессах) диагностика весьма затруднена, и оперативное лечение может оказаться запоздалым.

Каждый практический хирург возьмется за скальпель с полным сознанием праведного дела, если обнаружит **флюктуацию**, т.е. обнаружит **экссудацию**.

Экссудат в гнойном очаге бывает различным: жидкий грязно-коричневого цвета скудный гной с резким гнилостным запахом характерен для тяжелых гангренозных процессов с преобладанием анаэробной инфекции; наоборот, белый или желтоватый густой сливкообразный гной обрадует хирурга своим видом: такой гной с древних времен называют ***pus bonum et laudabile***, то есть простой благоприятный гной, как правило, с законченным процессом ферментного преобразования. Удаление такого гноя означает окончание болезни с отсутствием остаточных некротических тканей, способствующих дальнейшему нагноению.

Отсутствие флюктуации (а следовательно, отсутствие необходимости разреза) соблазняет хирурга отправить больного домой с последующей явкой в больницу или поликлинику. Ошибка здесь таится в тех случаях, когда процесс располагается в жизненно важных местах (лицо, шея, суставы, промежность и т.п.). Отказ от госпитализации должен быть санкционирован ответственным хирургом.

---

<sup>1</sup> Существует заболевание **сирингомиелия**, когда человек теряет болевую чувствительность, и тогда на его руках обнаруживается большое количество шрамов от незамеченных травм, ожогов, воспалительных процессов.

Следует заметить, что болезни, обозначаемые симптомами как гнойные процессы наружных тканей организма, являются «божьим даром» — положительным фактором жизни, позволяющим распознавать заболевание и своевременно его вылечить. Начало воспаления — это знак в организме, означающий нарождающуюся опасность.

## ЧАСТЬ III

### Глава VII. Острый живот

Что надо понимать под так называемым диагнозом «острый живот», который ставится многими врачами в догоспитальный период?

«Острый живот» — это собирательное понятие. Как такового диагноза «острый живот» не существует. Он объединяет много острых хирургических и гинекологических заболеваний, большей частью воспалительной этиологии с острым началом и быстрым течением. Бывает «острый живот» и травматического происхождения.

Что же характерно для «острого живота», т.е. что же объединяет многие острые заболевания брюшной полости в одну группу? **Это, прежде всего, внезапное начало.** Будет ли это воспалительное заболевание или травматическое, **оно начинается остро, среди полного здоровья.**

Второе — это быстрое течение внезапно начавшегося заболевания.

Третье обстоятельство, характерное для большинства случаев «острого живота», — это необходимость срочного хирургического вмешательства. Эти три главных фактора дают возможность врачу писать направляющий диагноз «острый живот». Это собирательное понятие, объединяющее острые хирургические заболевания органов живота, исход которых во многом зависит от времени, прошедшего от момента диагностики до лечения. Чем короче это время, тем лучше результаты лечения и наоборот.

Если у больных с хирургическим «острым животом» диагноз установлен до 6 часов, смертельных исходов бывает мало. Когда этот срок увеличивается до 12 часов, летальность возрастает в два раза, до 24 часов — в 3 раза, до 48 часов — в 4 раза. При поступлении же больных с острой хирургической катастрофой в брюшной полости после 48 часов смертельные исходы могут быть в 90—100% случаев.

Почему же они сразу, в первые часы заболевания не попадают в стационар?

Одна из причин — это «самодиагностика». Самолечение в результате самодиагностики часто приводит к поздней госпитализации.

Следующим фактором, в какой-то степени способствующим потере времени, является обслуживание больных с «острым животом» в самом начале не хирургами, а врачами общего профиля. В первую

очередь на вызов скорой помощи по поводу боли в животе к больному выезжает врач общего профиля, а не хирург. Поэтому необходимо постоянно повышать квалификацию врачей общего профиля в диагностике «острого живота».

Второй этап диагностики «острого живота» в лечебном учреждении требует максимальной его расшифровки. Дежурному врачу нежелательно госпитализировать больного с диагнозом «острый живот». Он должен расшифровать этот собирательный диагноз направляющего врача. Там, где не стремятся к максимальной расшифровке диагноза «острого живота», бывают плачевные результаты. История хирургии знает много примеров ошибок в диагностике основного заболевания при «остром животе».

Известно, что крупный немецкий хирург Кюммель в 1890 году подверг операции собственного сына 12 лет, с общим диагнозом «острый живот». Хирургической патологии не обнаружено. Впоследствии у больного оказалась плевропневмония. К счастью, больной выздоровел.

Какие заболевания относятся к группе хирургического «острого живота»?

Первое место занимает аппендицит, затем идут холецистит, перфоративная язва желудка, острый панкреатит, кишечная непроходимость, внематочная беременность, разрыв яичника, тромбоз брыжеечных сосудов, воспаление дивертикула Меккеля, ущемление грыжи, заворота сальника, печеночная колика и др. Хирургический «острый живот» развивается и после травм живота.

Что же объединяет большое количество заболеваний в одно понятие «острый живот»? Это появление внезапных резких и сильных болей в животе. Не зря сказано, что боль — это королева диагностики «острого живота», а напряжение мышц передней брюшной стенки — король. Вот два ведущих признака, которые объединяют огромное количество острых заболеваний органов брюшной полости. Боль и дефанс мышц брюшной стенки при «остром животе» наблюдаются в 95% случаев. Очень часто они сопровождаются тошнотой и рвотой. Вначале появляются боли, потом тошнота и рвота, в третью очередь — напряжение передней брюшной стенки. Для правильной диагностики необходимо собрать анамнез, выслушать жалобы больного, произвести объективное исследование.

Следует отметить, **что собрать анамнез у больного с «острым животом» — сложная задача из-за тяжести его состояния.**

Если больной по своему тяжелому состоянию не может ответить на вопросы, особенно не следует утруждать его. В этих случаях врачу надо постараться получить более полные сведения при объективном исследовании.

Известно, что зеркалом состояния органов брюшной полости является язык. К сожалению, в первые часы возникновения «острого



живота» язык не изменяется. Он еще не успел отразить все изменения, которые происходят со стороны желудка, кишечника, печени и других органов. После 12—24 и более часов развития «острого живота» язык бывает сухим, обложенным грязным налетом. Иногда могут быть и трещины.

В диагностике «острый живот» и уточнении его основной причины большое значение имеет положение и активность больного. Больной с перфоративной язвой желудка не активен, лежит большей частью на спине, на боку, с согнутыми ногами, без перемены положения. Даже когда врач неосторожно садится на кровать, чтобы осмотреть его, сотрясение сетки усиливает боли и вызывает недовольство больного. Больной с «острым животом» при почечной колике не лежит спокойно, а, как говорят урологи, крутится волчком от болей.

Надо обращать внимание на наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. Если они имеются, то возможна острая кишечная спаечная непроходимость. Разумеется, послеоперационные рубцы не исключают острый холецистит, аппендицит, перфоративную язву желудка и другие заболевания как причину «острого живота».

Когда у этой категории больных наблюдается большая тахикардия, всегда надо опасаться, что это тяжелый, запущенный случай «острого живота».

ЭКГ-изменения могут оказать большую услугу в расшифровке ложного «острого живота» при гастральной форме инфаркта миокарда. В случае затрудненного диагноза нужно внимательно осмотреть кожу по всей ее поверхности.

**Пример.** В 1949 г. ночью была доставлена больная 46-ти лет с диагнозом: **ущемленная пупочная грыжа**. Больная, выше средней упитанности, почувствовала вечером боли в животе, которые вскоре приняли постоянный характер. В области пупка определялось грыжевое выпячивание размером 6х6 см, плотно фиксированное в грыжевом кольце. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Настораживала очень высокая температура — 39,5 °С — и явно заторможенная реакция на окружающее.

Стало ясно, что ее тяжелое состояние не связано с ущемленной грыжей, которая представлялась не ущемленной, а невправимой.

Я, как дежурный врач, в диагнозе не разобрался и решил вызвать на помощь опытного хирурга, ассистента клиники, кандидата медицинских наук, который жил рядом с больницей. Придя в приемный покой и выслушав мой доклад, ассистент сразу заподозрил инфекционное заболевание и предложил снять с больной одежду с тем, чтобы осмотреть всю кожу. Однако никакой сыпи ни на одном участке кожи он не обнаружил.

После длительного раздумья опытный хирург предложил отнестись к пациентке, как к инфекционной больной: изолировать ее, а утром вызвать на консультацию главного врача инфекционной больницы, расположенной неподалеку.

Инфекционист также предложил полностью раздеть больную, в том числе снять чулки (чего ночью сделано не было). **А под чулками на обеих ногах оказались ярко красные полосы рожистого воспаления!**

Этот случай давал мне повод в течение многих лет говорить о значении тщательного осмотра больного в случаях затрудненного соби-  
рания анамнеза.

## Глава VIII. Острый аппендицит (ОА)

Наиболее грозной формой ОА является гангренозный аппендицит (ГА), несущий в себе все драматические осложнения вплоть до перитонита.

Среди хирургов нет единого мнения, как начинается ГА — сразу, в виде сосудистого тромбоза или постепенно, пройдя стадии катарального и флегмонозного аппендицита.

Когда мы оперируем неосложненный негноной без выпота в зоне отростка **флегмонозный аппендицит**, мы ощущаем гордость от того, что избавили больного от **дальнейшего развития патологического процесса** по направлению к гангрене. Так ли это? Мы не можем утверждать, что удаленный нами — флегмонозно измененный червеобразный отросток, именно он через пару дней превратился бы в гангренозный аппендицит. С другой стороны, вся патоморфология флегмонозного аппендицита (ФА) свидетельствует о концентрации микробно-лейкоцитарного экссудата с далеко незаконченным патологическим процессом.

Наши рассуждения приводят нас к мысли, что удаление флегмонозно измененного червеобразного отростка — есть истинная профилактическая хирургия.

Между тем, многие хирурги уверены, что ГА начинается именно как гангрена с явными нарушениями сосудистого питания отростка.

В ряде случаев омертвевает участок слизистой или участок всей стенки, например, арех'а; в других случаях происходит молниеносный процесс, связанный с тромбозом а. appendicularis. Великолепно описал два таких случая П. Лежар в своей знаменитой книге «Острый живот» (М.: Медицина, 1940).

**Пример.** В свободном изложении это выглядит следующим образом. Лежара пригласили посмотреть дома одного банкира, который заболел несколько часов тому назад. При осмотре больной бледен, покрыт потом, температура около 40 град, пульс чаще 120 ударов. Заболевание началось с резких болей внизу живота, а затем через 1 час боли значительно уменьшились, но появились озноб и высокая температура. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в правой подвздошной области. При осмотре per rectum — явная болезненность в зоне аппендикса.

Лежар предложил больному немедленную операцию и вместе с операционной сестрой и наркотизатором организовал операционную в кабинете банкира. Червеобразный отросток оказался абсолютно черным, но гнилостного выпота, спаек, инфильтрата еще не было, и операция прошла успешно.

Поздно ночью после окончания операции, распрощавшись с больным и родственниками, Лежар стал спускаться по мраморной лестнице, и на нижних ступеньках ее увидел сидящего там своего шофе-

ра. На вопрос Лежара, в чем дело, шофер ответил, что около 2-х часов тому назад почувствовал резкую боль в правой подвздошной области. Затем боль несколько стихла, но наступил сильный озноб, который продолжается до сих пор.

Лежар со своими помощниками вернулся в кабинет банкира и, осмотрев больного, увидел картину, абсолютно сходную с тем, что он видел у банкира.

Снова в том же кабинете была развернута операционная, и Лежар удалил у своего шофера такой же черный отросток, как у предыдущего больного.

Описывая эти случаи, Лежар подчеркивал, во-первых, возможность первичной гангрены червеобразного отростка без *пролога*, во-вторых, подтвердил старинный хирургический миф о так называемых «парных случаях».

В «аппендикулярной одиссее» наиболее драматичными случаями представляются ГА со стиханием первоначальных симптомов и последующим развитием процесса (стихание боли в первые часы, возможно, связано с омертвением нервных окончаний брыжейки).

С современной точки зрения мы можем оценить первично гангренозный аппендицит с волнообразной симптоматикой как *инфаркт аппендикса*, и хирург не должен забывать о возможности такого коварного аппендицита.

Типичный случай, — когда профессор-хирург удовольствовался некоторым стиханием боли, а затем испытал все мучения, связанные со множеством повторных релапаротомий...

Борьбу с поздней доставкой начали в конце 50-х годов, когда врачам скорой помощи была дана строгая инструкция: при подозрении на ОА нужно везти больного срочно в дежурную больницу. Этим больным, имеющих симптомы ОА, оперировали сразу, без дифференциальной диагностики формы (подчас это невозможно), и результаты аппендэктомий сразу улучшились — летальность при ОА снизилась до десятых долей процента (0,3—0,4), а в некоторых клиниках и больницах до 0,1—0,25%.

Сравнивая летальность в наших и американских клиниках, мы удивлялись тому, что у *них* летальность после аппендэктомии в 2—3 раза выше!

Надо сказать, что в 50—60-е годы американские журналы были переполнены сообщениями об операциях на легких, пищеводе, сердце. Область экстренной хирургии была представлена мало. Тем не менее, в публикациях об ОА поражали цифры гистологических исследований удаленных отростков — 85—90% — флегмонозные и гангренозные аппендициты!

Когда мы сравнили летальность в наших пластах гангренозных и флегмонозных аппендицитов, то цифры летальности сильно подравнялись с американскими.

В чем же дело?

В основном, в разном подходе к показаниям к операции. В нашей стране (в СССР и в России) повсеместно была принята единая доктрина относительно острого аппендицита: диагноз ОА означает показание к операции. По данным разных авторов, число гангренозных и флегмонозных аппендицитов колебалось в пределах 60—65%. А остальные 35—40% были названы катаральными.

Не исключено, что причиной абсолютной аппендикулярной доктрины явилась слабость дифференциальной диагностики деструктивных форм. Некоторые отечественные хирурги полагают, что в сравнимые периоды (60-е годы) американские хирурги научились распознавать деструктивные формы с помощью обязательной лапароскопии в сомнительных случаях. Действительно, когда в последние годы XX века отечественные хирурги также стали применять диагностическую лапароскопию, количество катаральных аппендицитов резко уменьшилось.

Так, Л.Г. Куртенок<sup>1</sup> с соавт. сообщает, что комплексная диагностика одного аппендицита с применением в сложных случаях экстренной лапароскопии снизила процент катаральных аппендицитов до 9,5. К большому сожалению, авторы не дают описания (ни клинического, ни гистологического) удаленных «катаральных» (назовем их малоизмененными) отростков.

Что такое острый катаральный аппендицит в представлении хирургов? Это внешне малоизмененный отросток со слегка обозначенными сосудами серозного покрова. В просвете слизистая практически не изменена, стенка может быть слегка отечна, при микроскопическом исследовании в стенке незначительная инфильтрация лимфоидными клетками, сегментоядерная инфильтрация отсутствует (это удел флегмонозного воспаления). Патологоанатомы практических больниц (там, где существует гистологическая лаборатория) не балуют хирургов развернутым заключением с указанием, какими клетками инфильтрована стенка, а пишут коротко: катаральный аппендицит.

Что означает катаральное воспаление в структуре мышления патологоанатома?

Катаральное воспаление — это воспаление слизистой без перехода на другие слои. Хирург, осматривая обнаженный червеобразный отросток снаружи, не видит катара. Он видит только серозную оболочку, а отек слизистой увидит только после разреза препарата.

Значит, удаление отростка по принципу «катарального аппендицита» неправомерно. В таких случаях показанием к операции служит «традиционная» концепция избавления больного от возможного

<sup>1</sup> Куртенок Л.Г., Карамов А.Э., Ренский Б.Б., Сакаян Н.Е., Шестаков Н.Ю. Некоторые вопросы лечения острого аппендицита // Вестник РГМУ. №3 (13) М., 2000, с. 44—51.

(в будущем) деструктивного аппендицита. Такая концепция мало чем отличается от концепции 20-х годов, когда циркулировал ложный постулат «профилактической» медицины.

Операцией хирург остается недовольным, но удовлетворяется исчезновением болей у пациента и заключением патологоанатома: «катаральный аппендицит».

Хирурги не часто заглядывают в патологоанатомическое руководство (А.И. Абрикосова, А.И. Струкова). А в этих руководствах, между прочим, катаральный аппендицит **не представлен** (!). Описывается серозно-флегмонозный аппендицит, когда стенка значительно утолщена, но не за счет гнойного пропитывания сегментоядерными лейкоцитами, а за счет круглоклеточной лимфоцитарной инфильтрации.

Но как же быть с катаральным аппендицитом?

Мне кажется, что неумемное желание немедленно оперировать больного с катаральным ОА проистекает из далеких 20-х годов, когда предлагалось детям удалять аппендикс, чтобы в дальнейшем у них не возник деструктивный аппендицит. Можно сказать, что в этой ситуации хирургом управляет не собственный клинический опыт, а статистика! Кроме того, удаляя малоизмененный аппендикс, хирург во многих случаях не избавляет больного от жалоб. Скорее всего, отросток удален, а источник боли остался.

Консультируя больных, предъявляющих гастроэнтерологические жалобы, я был несказанно удивлен, когда почти у 25% этих больных имелся рубец в правой подвздошной области. Вероятно, среди этих носителей рубцов было немало больных, которым удаляли «катаральный аппендицит».

В конце рассуждений об аппендиците целевой анализ позволяет задать телеологический вопрос: «В чем смысл конвергенций трех образований — баугиниевой заслонки, слепой кишки и аппендикса?».

Баугиниева заслонка (БЗ) регулирует поступление полужидкого гумуса в толстую кишку. Нормальная автоматическая работа БЗ позволяет сохранять его порционное вбрасывание в толстую кишку.

Слепая кишка. При вертикальном положении человека порция гумуса оседает на некоторое время в слепой кишке, теряя часть жидкости, что является профилактикой диареи и началом превращения пищевых отходов в натуральные экскременты. Нарушение работы БЗ или слепой кишки приводит к хроническому поносу, иногда изнурительного свойства.

Аппендикс содержит большое количество лимфоидной ткани, и задержка каловых масс в слепой кишке приводит к противомикробной активизации лимфоидного аппарата аппендикса.

В подавляющем большинстве случаев человек не замечает этой внутренней борьбы; иногда же реакция аппендикса выражена настолько, что человек ощущает в той или иной степени дискомфорт или болевые ощущения в правой подвздошной области. Если в этот

момент больного осматривает хирург, он может поставить диагноз аппендицита, удалить аппендицит, и все это будет на законном основании. Однако не меньше половины из ощутивших незначительные боли в правой подвздошной области могли бы обойтись без операции, и их аппендицит продолжал бы играть сторожевую роль.

Не так часто хирург, удаляющий малоизмененный отросток, задумывается о будущем своего пациента: для этого у него нет литературной основы, т.к. практически отсутствуют публикации по отдаленным результатам «катаральных» аппендэктомий. Приходится обращаться к данным, которые, в какой-то степени, имеют отношение к их последствиям.

Так, И.В. Сергеев с соавт. из Пензы<sup>1</sup> в докладе на IX съезде российских хирургов сообщил, что из числа 229 больных с острой непроходимостью кишечника (ОНК) у 94,6% непроходимость была спаечной, причем эти больные ранее перенесли различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, причем наиболее частой операцией была аппендэктомия (22,3%) (!). Можно предполагать, что у какой-то части этих больных аппендикс был изменен незначительно («катаральный»). Не стоит ли хирургу перед удалением такого аппендикса подумать о возможности последующих операций по поводу ОНК?

Получается так, что «профилактическое» удаление «рудимента» может обернуться большей угрозой, чем «виртуальная реальность» гипотетического деструктивного аппендикса.

Другое дело, когда аппендикс не справляется с многочисленной или вирулентной инфекцией (общие и местные симптомы воспаления), и тогда экстренная аппендэктомия является вполне спасительным мероприятием.

Целевой анализ позволяет выявить не вполне очевидные на первый взгляд функции сопряженных органов.

## 1. Аппендикулярный инфильтрат

Такое название получил острый аппендицит в тех случаях, когда при флегмонозной или гангренозной форме, иногда с микроперфорацией, отросток окутывается салъником, петлями кишок и их брыжейкой. При этом пальпаторно определяется воспалительная «опухоль», как правило, неподвижная в разной степени болезненная, иногда сопровождается местным раздражением брюшины, повышенной температурой, лейкоцитозом.

Аппендикс и желчный пузырь имеют много общего. В частности при гангренозном аппендиците и гангренозном холецистите вокруг этих органов образуется инфильтрат.

<sup>1</sup> Сергеев И.В. и др. Результаты лечения острой кишечной непроходимости//Материалы IX Всероссийского съезда хирургов (20—22 сентября, 2000 г., Волгоград), с. 212.

Аппендикулярный инфильтрат состоит из отростка, нередко с перфорацией, сальника, кишки. У аппендикса в отличие от желчного пузыря нет естественного прикрытия — он лежит свободно в брюшной полости, свободнее желчного пузыря, желудка и двенадцатиперстной кишки, яичника, матки и кишечника. Однако только за аппендиксом укрепилось название — аппендикулярный инфильтрат, и нет в номенклатуре язвенного инфильтрата, маточного и т.п.

Значит, не только в сальнике есть поисковые рецепторы, но и в аппендиксе есть «клейкое» вещество; не только сальник ищет аппендикс, но и последний ищет сальник.

1. Аппендикулярный инфильтрат сам по себе не является осложнением<sup>1</sup>. Патофизиологически это местная иммунная реакция брюшины на воспалительный процесс. В первую очередь реагирует сальник. Вероятно, в нем заложены высокочувствительные рецепторы, которые имеют **программу** поиска и ограничения воспалительного очага. Она также заложена в серозной оболочке аппендикса, богатой клейким веществом, и это свойство сальника и аппендикса создает ситуацию их тесного контакта.
2. Если инфильтрат плотный, четко ограничен, даже слегка подвижен, остальная часть брюшной полости безболезненна, температура нормализовалась или близка к норме, количество лейкоцитов сохраняется на близких к норме пределах — такой инфильтрат мы назвали «**холодным**», не требующим оперативного вмешательства и ограничивающим активность хирурга традиционной консервативной терапией.
3. Если инфильтрат ограничен нечетко, при пальпации значительно болезненен; если имеется местная перитониальная реакция брюшины, температура остается повышенной (например, более 37,5 град, а лейкоциты — высокий уровень), то такой инфильтрат мы назвали «**горячим**» и считали необходимым хирургическое вмешательство.

При операции обычной находкой являлся гангренозный аппендицит в инфильтрате, часто с перфорацией отростка, наличием небольшого выпота, а иногда абсцессом внутри инфильтрата.

Целевое рассмотрение проблемы ОА приводит нас к необходимости разработки дифференцированной тактики среди больных с аппендицитом, госпитализированных в хирургическое отделение.

На первый план выходит точная дифференциальная диагностика патоморфологической формы ОА. В случае обнаружения (лапароскопически или лапаротомно) неизмененного или малоизмененного отростка хирург должен задать себе вопрос: «Для какой **цели** следует такой отросток удалить?». Современное высокое содержание на-

<sup>1</sup> Хотя в БМЭ в 1977 г. значится — «аппендикулярный инфильтрат — это осложнение острого аппендицита».



учной хирургии и естественное телеологическое мышление не дает право удалить червеобразный отросток только потому, что проделана сложная манипуляция — лапароскопия с 3—4 разрезами и введением газа или произведена лапаротомия разрезом Мак Бурнея!

Правильное мышление должно подсказать хирургу момент остановки операции с тем, чтобы не совершить ненужного радикализма.

## 2. Хронический аппендицит

Хронический аппендицит не относится к экстренной хирургии, но он теснейшим образом связан с острым аппендицитом, поэтому мы остановимся на этом заболевании именно в этом разделе.

Иногда в публикациях по поводу аппендицита авторы задаются вопросом: существует ли такая нозологическая форма? Попробуем в этом разобраться.

1. В номенклатуре ВОЗ X-го пересмотра такое заболевание обозначено.
2. Подавляющее большинство хирургов признают наличие вторичного хронического аппендицита как последствие острого.
3. Сомнению подвергается наличие первичного хронического аппендицита без приступа в анамнезе.

Нельзя отрицать, что после перенесенного приступа могут остаться воспалительные явления, связанные с деформацией отростка, наличием каловых камешков в просвете и остатками воспаления в брыжейке.

Характеризуется этот аппендицит «смазанными» симптомами и рецидивом приступа в самое неожиданное время. Если имеются симптомы продолжающегося воспаления, то есть диагностируется вторичный хронический аппендицит, то операция аппендэктомии целесообразна. Первичный хронический аппендицит может диагностироваться на основе наличия характерных симптомов без признаков раздражения брюшины.

Некоторым подтверждением диагноза являются данные ирригоскопии, когда барий под определенным давлением заполняет слепую кишку и не проходит в аппендикс; и, наоборот, выполнение аппендикса контрастным веществом считается доказательством отсутствия аппендицита. Какова же тактика при первичном хроническом аппендиците?

Если с помощью клинического и рентгенологического обследования диагноз не подтвержден, то одновременно с отказом от аппендэктомии больной направляется в гастроэнтерологическое отделение для обследования и лечения.

Если получены косвенные доказательства наличия аппендицита, то и решение об операции по относительным показаниям принимается осторожно.

Состоится, примерно, такой диалог между хирургом и пациентом: хирург говорит пациенту, что абсолютно точного диагноза установить не удалось, но по косвенным признакам аппендицит имеется. Предлагаем убрать червеобразный отросток (операция практически безопасна), а затем понаблюдать за больным. Если боли прекратятся, значит, они относились к болезни аппендикса; если симптомы останутся, то следует искать причину болезни в чем-то другом — например в болезни толстой кишки, баугиновой заслонке, болезни Крона, заболевании почек и т.п., т.е. требуется серьезное обследование.

Следует вспомнить о ситуации, когда хирург, начав операцию аппендэктомии, не удалил отросток. Такое может случиться и вследствие инфильтрата, других каких-то обстоятельств (например, погас свет...), хирург не нашел отростка и, наконец, увидев неизменный отросток, решил его не удалять.

Первое, что должен сделать хирург — это точно записать в ходе операции, что **аппендикс не удален**. Легко представить, если поступает больной с признаками аппендицита и наличием операционного рубца в правой подвздошной области, и что еще хуже — со стороной о произведенной аппендэктомии.

Следует признать, что проблема аппендицита еще не решена; выполнить механическую часть может субординатор, а вот размышления достались опытным хирургам, прошедшим этапы колебаний вокруг этого заболевания.

## Глава IX. Острый холецистит

В настоящее время в обычных городских больницах число операций по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) начинает конкурировать с количеством операций по поводу острого аппендицита.

Ситуация «опережения» наблюдается уже несколько лет, и тенденция этого процесса позволяет прогнозировать дальнейшее увеличение числа операций при ЖКБ, которое в недалеком будущем, по видимому, займет первое место в ряду традиционных хирургических вмешательств. Учитывая это обстоятельство, а также многие сложные и спорные вопросы, мы осветили эту проблему с наибольшей полнотой и подробностями.

Более чем 100-летняя история этого заболевания обросла таким количеством терминов, что размышления по этому поводу вынуждают с самого начала определиться с этими терминами.

Главная проблема заключается не в количестве терминов, а в их разном толковании.

### 1. Терминология

**Острый холецистит (ОХ).** По поводу этого термина разногласий нет: все хирурги под ОХ понимают острое воспаление желчного пузыря, иногда осложняющееся патологией протоков.

В настоящее время, однако, все формы ОХ определяются не столько инфекцией, сколько наличием камней. Вероятно, правильнее этот термин разделить на 2 категории:

- 1) острый калькулезный холецистит (ОКХ);
- 2) острый бескаменный холецистит (ОБХ).

Теперь, когда с помощью современной аппаратуры мы научились диагностировать камни почти во всех случаях, ОКХ занимает около 95% наших операций, а ОБХ встречается как редкое исключение.

ОХ — это эпизод в картине желчнокаменной болезни, и в зависимости от патоморфологических изменений и соответственно клинки имеет принципиально разные характеристики.

В современной специальной литературе употребляется термин «холецистит» и «желчнокаменная болезнь».

Для различения форм холецистита удобную классификацию предложил в 1918 и 1934 гг. С.П. Федоров, который разделил холециститы на неосложненные и осложненные.

К неосложненным формам отнесены случаи, когда приступ (эпизод болезни) заканчивается без последствий. И наоборот, к осложненным холециститам отнесены все деструктивные холециститы и те поражения желчного пузыря, которые сопровождаются патологией желчных протоков, поджелудочной железы и печени.

**К неосложненным формам** относится **первичный** холецистит, к которому мы по аналогии с острым аппендицитом добавляем эпителий **простой**.

Как и при всяком приступе (первом или повторном) его причиной является не внезапно и бурно развившаяся инфекция («острый холецистит?»), а внезапно возникшая непроходимость пузырного протока (чаще всего из-за блокады камнем, но и по другим причинам — набухание слизистой, инородные тела — аскариды и др.), а следствием — развитие гипертензии в пузыре; тяжесть патоморфологических изменений прямо зависит от плотности закупорки, ее продолжительности и активности инфекции.

Можно предположить, что первый приступ в малоизмененном желчном пузыре при быстрой дезобтурации протока приведет к минимальным изменениям. С.П. Федоров указывал, что восстановление после первого приступа может быть столь полным, что и при гистологическом исследовании не обнаруживаются следы первого приступа.

Все же первый приступ ОХ не следует рассматривать как **безобидную манифестацию болезни**. Иногда и первый приступ приводит к деструкции желчного пузыря с молниеносным развитием инфекции. Это может наступить при стечении особых обстоятельств: закупорка пузырного протока при наличии в желчном пузыре вирулентной инфекции... Но это уже будет другая осложненная форма острого холецистита.

Вместе с тем при наличии камней первый приступ ОХ, как правило, является началом болезни, по поводу которой, в конце концов, больного приходится оперировать.

### **Неосложненный рецидивирующий простой острый холецистит**

В клиническом плане такой приступ мало отличается от первичного, только в анамнезе отмечается один или несколько аналогичных приступов.

В данном случае термин «неосложненный» относится не к болезни вообще (она может быть резко выраженной), а только к наблюдаемому приступу.

Ситуацию с приступом рецидивирующего холецистита четко обрисовал В. Мейо: при остром холецистите все проблемы хронического холецистита сохраняются, но добавляются проблемы острого.

В нашей классификации (Д.Л. Пиковский, 1964) особо выделяется форма острой желчной гипертензии — **острый обтурационный холецистит**.

Поскольку наша классификация получила распространение среди хирургов-гепатологов и термин **острый обтурационный холецистит**

**тит** стал широко применяться<sup>1</sup>, я посчитал необходимым подробнее остановиться на особенностях патогенеза и клинической картины, входящих в понятие этого термина, и попутно изложить теоретические основы более общего термина — **желчная гипертензия**.

### **Острый обтурационный холецистит**

Термин **острый обтурационный холецистит (ООХ)** был введен с целью обозначения такого острого холецистита, который в связи с обтурацией пузырного протока является основой всех деструктивных форм и осложнений (флегмонозно-гнойный, гангренозный холецистит, перитонит и т.п.).

Пусковым механизмом ООХ является внезапное и плотное закрытие шейки или протока пузыря, как правило, камнем. Только с этого момента появляется реальная опасность развития инфекции и деструкции желчного пузыря.

Местная патология складывается из ряда последовательных компонентов:

- 1) обтурация;
- 2) резкое нарастание давления в желчном пузыре;
- 3) стаз в сосудах желчного пузыря;
- 4) бактериохолия;
- 5) деструкция желчного пузыря;
- 6) инфильтрат;
- 7) местный и разлитой перитонит;
- 8) холедохолитиаз, холангит;
- 9) абсцессы печени;
- 10) панкреонекроз.

С.П. Федоров писал (1934): «Воспалительный выпот при закрытом выходе из пузырного протока повышает давление до 710 мм водяного столба... При вирулентной инфекции... вследствие быстро наступающего перерождения стенки пузыря (ее ломкости) и образования некротических участков... повышение внутривезикулярного давления может привести к прободению пузыря».

По данным Zollinger<sup>2</sup> et al (1955), в начале обтурации вода и желчные кислоты абсорбируются, повышается концентрация желчных пигментов, карбоната кальция и холестерина, которые, смешиваясь со слизью, вызывают повышение осмотического давления — развива-

<sup>1</sup> Нечай А.И., Майстренко Н.А. и др. Хирургические заболевания желчного пузыря и желчных путей//В кн. Гепатобиллиарная хирургия: Руководство для врачей. С.-Пб.: Специальная Литература, 1999, с. 268.

В статье чл.-корр. РАМН И.И. Затевахиной, М.Ш. Цициашвили, Г.Ж. Дзасосова «Острый холецистит: диагностика и лечение» (Вестник РГМУ. М., 2000, с. 21—29) написано: «Патогенез (острого калькулезного холецистита) рассматриваем с позиций теории желчной гипертензии» (с. 22).

<sup>2</sup> Zollinger R., Crauford G., Boles T.//New Engl. J. Med, 1955, №6, p. 252—253.

ется отек стенок пузыря, а сам пузырь резко растягивается. Если в этот момент не произойдет декомпрессия или не будет произведена операция, то неминуемо возникает нагноение, нарушается питание стенки, ведущее к гангрене и прободению.

В связи с обтурацией представляет интерес время инфицирования содержимого пузыря. По мнению авторов, исследовавших бактериологию при экстренных операциях, в первые 48 часов от начала приступа первичного ОХ в большинстве случаев бактериального роста не обнаруживалось, в то время как по прошествии нескольких дней (при отсроченных операциях) бактериальная загрязненность выявлялась часто. Это свидетельствует о динамике инфекционного процесса, а положение о лучших условиях отложенной операции подвергается сомнению.

При большинстве вмешательств (по нашим данным в 96%), произведенных на высоте приступа ООХ, обнаруживаются флегмонозные или гангренозные изменения пузыря. Остальные 4% относятся к ошибочным дооперационным диагнозам.

Патоморфологические изменения при операции на высоте приступа флегмонозного холецистита характеризуются наличием резко напряженного желчного пузыря с утолщенной гиперемированной стенкой, фибринозными налетами в сочетании с тем или иным количеством прозрачного или уже мутного выпота.

Главный признак — напряженный пузырь — встречается в 100% случаев! Исключений не бывает (если только пузырь не опорожнился во время операции).

Изменения в желчном пузыре при флегмонозном холецистите имеют варианты в зависимости от сроков вмешательства, **но всегда присутствует гипертензия в желчном пузыре!** При операциях в более поздние сроки может обнаруживаться инфильтрат. Мнение терапевтов (и некоторых хирургов) о благополучии исходов приступа ОХ связано с образованием инфильтрата. По сравнению с острым аппендицитом при ОХ условия для ограничения очага поражения более благоприятные: сверху печень, слева желудок, снизу толстая кишка и, конечно же, «вездесущий» сальник быстро окружают желчный пузырь, создавая барьер для экстрапузырного распространения инфекции.

В этом инфильтрате, замурованном рыхлыми спайками, может «схорониться» и флегмонозный, и гангренозный холецистит, который от флегмонозного отличается наличием небольшого или обширного участка некроза стенки.

Такой инфильтрат легко разъединяется тупым тупфером, если операция произведена в первые дни после начала приступа и, наоборот, представляет определенные трудности, если операция производится через 10—12 дней. Тогда при разделении инфильтрата может внезапно открыться прикрытое перфоративное отверстие или пери-

пузырный абсцесс, и начало операции омрачается необходимостью очищения участка брюшинной полости от инфицированного содержимого желчного пузыря.

При флегмонозном и гангренозном холециститах во время операции на высоте приступа общий или разлитой перитонит встречаются исключительно редко, но местная реакция брюшины возникает как правило. Небольшое (20—30 мл) или умеренное (100—150 мл) количество прозрачного бесцветного или слегка опалесцирующего экссудата свидетельствует о нормальной иммунной реакции брюшины, а бактериологическое исследование экссудата показывает в большинстве случаев отсутствие роста.

Такой выпот является положительным прогностическим признаком.

Большое количество (около 300 мл и т. д.) прозрачного или меньшее количество мутного выпота характеризует не степень морфологических изменений, а ушедшие безвозвратно сроки более безопасной операции. Большое количество (более 300 мл) мутного с запахом экссудата, к тому же распространенного в «закрытые» участки брюшинной полости (поддиафрагмальные пространства, подвздошные и тазовые области), свидетельствует о декомпенсации защитных сил организма в результате запоздалой операции. Это случается, если хирург «изо всех сил» пытается отсрочить операцию при ООХ.

Клиническая картина ООХ складывается из признаков, отражающих патоморфологию и патогенез заболевания, и выражается в виде основных и вспомогательных симптомов.

К основным мы относим следующие:

1. характерный и выраженный болевой приступ;
2. наличие увеличенного напряженного болезненного желчного пузыря;
3. напряжение мышц живота;
4. симптом Ортнера;
5. симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье.

К вспомогательным относятся симптомы развивающейся инфекции и нарастающей интоксикации:

1. повышение температуры тела — 49,2%;
2. лейкоцитоз в среднем 12.10 г/л — 63,8%;
3. сухой или густо обложенный язык — 58%;
4. рвота желчью — 46%;
5. тахикардия — 37%.

Болевой приступ при остром обтурационном холецистите в основном связан именно с перерастяжением желчного пузыря и раздражением брюшины.

Наличие увеличенного болезненного желчного пузыря является важным симптомом, иногда определяющим диагноз. При остром обтурационном холецистите этот симптом встречается в 85—92 % случаев.

К важным вспомогательным симптомам мы относим рвоту желчью, которая по нашим данным встречается в 46 % случаев ООХ.

Относительного этого симптома у нас сложилось определенное мнение, находящееся в русле патогенеза. По частоте этого симптома при обтурационном холецистите конкурирует только острый панкреатит. При ОХ возникает довольно выраженная дуоденальная гипертензия (Пиковский Д.Л., 1959 г.; Виноградов В.В., 1971 г. и др.), которая возрастает при остром обтурационном холецистите. Скорее всего, желчь накапливается в двенадцатиперстной кишке и желудке при сильном спазме сфинктера Окснера и зиянии привратника; к тому же она разбавляется желудочным и панкреатическим соком. Приходится констатировать, что часть симптомов острого холецистита (в том числе определенное облегчение после рвоты желчью) следует относить за счет острой дуоденальной гипертензии, которая сама по себе чревата осложнениями и настоятельно требует устранения (постоянный зонд).

Таким образом, по клиническим данным и по патоморфологической интерпретации симптомов можно сделать заключение, что клиника острого обтурационного холецистита значительно рельефнее, чем клиника острого простого.

## 2. Острый холецистопанкреатит

Среди причин острого панкреатита первое место занимает желчнокаменная болезнь. То обстоятельство, что в подавляющем большинстве случаев заболевание начинается с холецистита, свидетельствует о правомерности повсеместно признанного термина.

Симптомы острого холецистопанкреатита можно разделить на две группы: субъективные и объективные.

На основании субъективных и объективных симптомов (при их достаточном количестве) достоверный диагноз острого холецистопанкреатита устанавливают часто.

1. Наличие в ближайшем прошлом (не более 2-х лет) доказанного в стационаре приступа острого холецистопанкреатита с идентичной клинической картиной.
2. Типичный приступ с достаточно полным набором симптомов, высокой амилазурией, наличием инфильтрата в эпигастральной области, коллапса (шока), повышенной температуры тела, лейкоцитоза, озноба.
3. Высокое содержание амилазы в перитониальном выпоте, полученном при использовании «шарящего» катетера на фоне типичного приступа.
4. Лапароскопическая картина: серозный или серозно-кровянистый выпот с высоким содержанием амилазы, стеатонекрозы в сальнике и брыжейке, инфильтрат в зоне поджелудочной железы.
5. Соответствующие данные лапаротомии.



При наличии указанных **клинических** признаков и простейших лабораторных исследований уточненный диагноз удалось поставить у 92,5% больных и лишь у 7,5% больных потребовались дополнительные диагностические методы (лапароцентез, лапароскопия, лапаротомия).

Из перечисленных симптомов требуют объяснения коллапс и достоверный анамнез панкреатита. Коллапс при наличии характерных болей указывает на поражение поджелудочной железы; речь идет об одномоментном значительном выбросе калликреина в кровь, что приводит к резкому снижению артериального давления. Если больной поступает с очередным приступом заболевания с нормальным уровнем амилазы в крови, но в анамнезе имеются достоверные данные о перенесенном ранее панкреатите (стационарное обследование в данном лечебном учреждении или другой больнице), то наблюдаемый приступ в сочетании с признаками холецистита должен рассматриваться как острый холецистопанкреатит.

Несомненно, имеются случаи панкреатита без патологии желчных путей и первичный панкреатит с вторичным холециститом («ферментативный холецистит» по Т.В. Шаак), но все же среди острых панкреатитов холецистопанкреатит встречается очень часто.

Наиболее значительными факторами риска являются небольшие камни диаметром менее 5 мм, расширенный (более 3 мм) пузырный проток, фиксированный камень в большом дуоденальном сосочке (БДС) и рефлюкс контрастного вещества в проток поджелудочной железы при операционной холангиографии или при ЭРПХГ.

XXVIII Всесоюзный съезд хирургов (1965 г.) дал удобную классификацию панкреатитов:

1. острый отек поджелудочной железы;
2. очаговый некроз;
3. геморрагический некроз;
4. гнойный панкреатит.

На этой основе Б.А. Петров и Б.С. Розанов (1965)<sup>1</sup> построили классификацию холецистопанкреатита. Сохранив ее основной принцип — дифференциацию больных по клинико-морфологическим признакам, мы выделили 4 формы острого холецистопанкреатита (Д.Л. Пиковский, Ю.В. Кочнев, 1971)<sup>2</sup>:

1. простой острый холецистопанкреатит;
2. острый обтурационный холецистопанкреатит;
3. острый холецистопанкреонекроз;
4. острый обтурационный холецистопанкреонекроз.

<sup>1</sup> Петров Б.А., Розанов Б.С. //Труды XXVIII Всесоюзного съезда хирургов. М., 1967, с. 174.

<sup>2</sup> Пиковский Д.Л., Кочнев Ю.В. О классификации и клинической диагностике острых холецистопанкреатитов//В кн. Желчная гипертензия и холецистит. Волгоград, 1971, с. 161 — 170.

Возможное сочетание клинико-морфологических изменений в желчном пузыре и поджелудочной железе условно ограничены:

в желчном пузыре —

- 1) простым острым холециститом,
- 2) острым обтурационным холециститом;

в поджелудочной железе —

- 1) острым простым панкреатитом (отек),
- 2) острым деструктивным панкреатитом.

Всевозможные осложнения не включены в данную классификацию.

Формирование различных 4-х форм острого холецистопанкреатита происходит при перекрестном сочетании указанных изменений в желчных путях и поджелудочной железе.

Приведенные выше условные формы оказывают влияние на выбор метода лечения.

1. При остром простом холецистопанкреатите с успехом может быть применена консервативная терапия, а операция показана, если обнаружится ЖКБ.
2. При остром обтурационном холецистопанкреатите этих больных часто приходится оперировать в связи с наличием флегмонозного или гангренозного холецистита.
3. При холецистопанкреонекрозе экстренная (или срочная) операция показана в связи с наличием перитонита.
4. При остром обтурационном холецистопанкреонекрозе экстренная операция неизбежна в связи с перитонитом как в результате ООХ, так и панкреонекроза.

### **3. Острый холецистит с желтухой и желтуха без холецистита**

Желтуха часто сопровождает приступ болей в правом подреберье (по нашим данным до 30%), но не всегда биллирубинемия, биллирубинурия, иктеричность склер и выраженная желтуха являются результатом механического препятствия. Более того, даже внезапно возникающая механическая желтуха неоднородна по происхождению, локализации препятствия, сложности диагностики и вредным последствиям.

Введение нового термина в классификацию заболеваний гепатобилиарной системы обязывает разъяснить этот сложный термин.

Только перечисление причин желтухи, которая появляется после приступа болей (реже совпадает по времени с началом приступа и очень редко предшествует ему), показывает трудности дифференциальной диагностики. Сложность ситуации усугубляется настоятельной необходимостью выяснить причину желтухи, желательного, до решения вопроса об операции:

Сочетание желтухи, сопровождающей острый приступ, с заболеваниями печени отличается многообразием:

- 1) острый обтурационный холецистит с желтухой;
- 2) простой острый холецистит с желтухой;
- 3) острая механическая желтуха без холангита или с холангитом;
- 4) острые заболевания и обострения заболеваний печени, сопровождающиеся желтухой.

При совершенно очевидном различии этиологических моментов имеется определенное сходство в проявлении симптомов желтухи: она возникает, как правило, через сутки и более от начала заболевания.

#### 4. Холецистит и печень

Согласно данным А.С. Логинова и Л.И. Аруина (1985) собственно холестааз означает не только «стаз желчи», но и ... «экскреторную недостаточность печеночных клеток, ведущую к накоплению в крови всех веществ, экскретируемых в нормальных условиях в желчь».

При гнойном холангите изменения в печени зависят от уровня восхождения инфекции. В печени может развиваться абсцесс или множество мелких абсцессов. Такой внутривеночный гнойный холангит с множественными абсцессами, как правило, не имеет образного развития.

А.С. Логинов и Л.И. Аруин<sup>1</sup> утверждают, что количество аэробов в 1 г застойной желчи примерно такое же, как в 1 г содержимого толстой кишки (!).

При затяжных гнойно-деструктивных процессах с инфильтратом вокруг желчного пузыря, формирующимся на 3—7-й день заболевания, в печени наблюдаются тяжелые дистрофические изменения с некрозами и глубоко проникающей инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами. Причем если воспалительные изменения в желчном пузыре стихают (что выражается в снижении температуры тела, уменьшении напряжения мышц живота, снижении лейкоцитоза), то в печени они еще продолжают на уровне острого воспаления.

Наши данные показывают, что, учитывая патологические изменения печени при тяжело протекающих ОХ, время так называемых «ранних» операций по Б.А. Петрову (7—14-й день от начала приступа) в таких ситуациях не является наилучшим для производства операций.

---

<sup>1</sup> Логинов А.С., Аруин Л.И. Клиническая морфология печени. М., 1985.

## Глава X. Желчная гипертензия

1. **Термин** введен в 1959 году (доклад на Заседании Горьковского областного общества Хирургов) и опубликован в 1964 году<sup>1</sup>. В этом термине просматривается прямая аналогия с термином «портальная гипертензия».

Ни портальная, ни желчная гипертензии не являются самостоятельными заболеваниями; в эти комплексные синдромы входит ряд заболеваний, иногда не имеющих общих этиопатогенетических корней. Например, в разряд портальной гипертензии входит тромбоз флебит воротной вены, спленогенный и Лаэннековский цирроз печени, а в разряд желчной гипертензии — острый обтурационный холецистит, панкреатит и опухоль большого дуоденального сосочка.

2. Все острые поражения желчного пузыря и желчевыводящих протоков, требующие хирургической коррекции, сопровождаются повышением давления в них, т.е. желчной гипертензией.

### Давление в желчевыводящих протоках

В норме, т.е. в отсутствие патологии в протоках, давление в них колеблется в пределах 120—180 мм водяного столба. Простой перечень поражений желчевыводящих протоков, сопровождающихся повышенным давлением, показывает, сколь широкий круг осложнений ОХ укладывается в синдром желчной гипертензии: холедохолитиаз, холангит, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС), острый холецистопанкреатит, острый холестаз без холецистита, гнойное поражение печени.

В 1959 году J. Stalpor. et al — установили, что в норме для изгнания 1 мл желчи в 1 мин (приблизительно) необходимо давление от 100 до 170 мм водяного столба, что и реализуется при отсутствии патологии. Однако эти авторы не учитывали ни вязкости желчи, ни диаметр желчно-кишечного соустья, ни давления в ДПК.

Тем не менее, эти сведения послужили стимулом для определения диаметра переходного (из желчных протоков в ДПК) отверстия и вычисления минимального его диаметра, через которое может проходить желчь без холестаза.

По своему физическому смыслу ток желчи по желчным путям аналогичен движению вязкой жидкости. Для вычисления диаметра желчно-кишечного соустья мы совместно с физиком В.И. Неймарк применили формулу Пуазейля с поправкой на изменение давления в связи с движением жидкости по трубам с переменным диаметром. Мы получили следующие результаты: при градиенте давления в 100 мм водяного столба и расходе желчи от 0,1 до 0,3 литра в час при вязкости желчи от 0,01 Пуаза до 2 Пуазов диаметр переходного отверстия может не превышать 2 мм.

<sup>1</sup> Пиковский Д.Л. Осложненный холецистит и его хирургическое лечение. Дисс. ... д-ра мед. наук. Горький, 1964

Позднее (1966) Э.И. Гальперин, применив формулу Бернулли, получил гипотетически необходимый диаметр, равный 1 мм (!). Значит, в тех случаях, когда при желтухе мы находим напряжение и даже расширение желчевыводящих протоков, следует говорить о полной (или почти полной) закупорке каналов.

Рассмотрим некоторые патологические процессы, которые сопровождаются желчной гипертензией.

### **1. Холедохолитиаз**

Все виды калькулезного холецистита могут сопровождаться холедохолитиазом, причем в подавляющем большинстве случаев в холедох камни попадают из желчного пузыря.

При холедохолитиазе часто обнаруживается расширенный и короткий пузырный проток. По нашим данным, при узком пузырном протоке холедохолитиаз встречается в 40,1%, а при широком — в 56,2%.

Сопоставление частоты холестаза и калибра общего желчного протока показывает, что имеется прямая корреляция между ними.

Главным признаком гипертензии желчевыводящих протоков является их расширение, напряжение с клиническим выражением в виде желтухи.

### **2. Стеноз большого дуоденального сосочка (стеноз БДС)**

При выраженном стенозе БДС его удается во время операции пальпировать через стенку двенадцатиперстной кишки как соединительно-тканное образование. Иногда для дифференциальной диагностики с опухолью приходится вскрывать кишку и даже производить экстренную биопсию. По данным В.В. Виноградова с соавт. (1977), П.Н. Напалкова с соавт. (1980), в этих случаях может быть обнаружена доброкачественная (папиллома, фиброма) или злокачественная опухоль.

### **3. Острый холангит**

При остром гнойном холангите изменения в желчевыводящих протоках отличаются от изменений при механической желтухе прежде всего темпом своего развития и интенсивностью воспалительного процесса. При микроскопическом исследовании обнаруживают выраженную сегментоядерную инфильтрацию стенки, теряется структурное различие ее слоев. Она становится рыхлой и однородной, красновато-багровой или синюшного цвета, а при наличии участков некроза — зеленовато-черной. Все эти изменения при длительном их развитии могут привести к перфорации на ограниченном участке и к серьезным, а иногда и фатальным, изменениям печени.

## Глава XI. Алгоритмы консервативного лечения приступа при различных формах острого холецистита

Консервативное лечение при ОХ качественно отличается от методов лечения других заболеваний, ибо носит **декретированный характер** (строгое ограничение времени). Само понятие «консервативное лечение ОХ» является практически **термином** и нуждается в разъяснении, тем более что согласно нашей классификации такое лечение проводится дифференцированно при разных формах.

В большинстве монографий и руководствах консервативная терапия острого приступа подается как универсальное мероприятие для любого приступа ОХ вне зависимости от формы, предполагаемых патоморфологических изменений, времени, прошедшего от начала клинических симптомов, желтухи, сопутствующего панкреатита.

Целью лечения каждого приступа является приведение больного в состояние, какое он имел до начала приступа, а задачи варьируются в зависимости от характера патоморфологических изменений, образовавшихся к моменту начала лечения. Например, при простом остром холецистите задачей является снятие спазма гладкой мускулатуры желчного пузыря, при остром обтурационном — дезобтурация пузырного протока. При остром холецистопанкреатите задача усложняется, поскольку необходимо также уменьшить выработку активного панкреатического сока и нейтрализовать его действие.

### 1. Лечение простого острого холецистита

**Дома.** Врач скорой помощи: холод на живот, инъекция атропина с папаверином, наблюдение в пределах 30 мин. При отсутствии заметного улучшения — доставка больного в дежурную больницу. Дома наркотики вводить нельзя (при очень сильных болях непосредственно перед транспортировкой можно ввести 1 мл 1%-го или 2%-го промедола).

**В приемном покое.** Подтверждение диагноза (общий анализ крови, анализ мочи общий, на амилазу и желчные пигменты), повторное введение спазмолитиков, холод на живот, инфузионная терапия. При отсутствии «коек наблюдения» в приемном покое инфузионную терапию проводят в хирургическом отделении или, по показаниям, в реанимационном отделении. Больного с первым приступом простого острого холецистита при исчезновении болей, отсутствии повышенной температуры тела после наблюдения в течение 10—12 часов врач приемного покоя может отправить домой.

Если в результате УЗИ обнаруживается камень (или камни) в желчном пузыре, то перед расставанием с пациентом целесообразно обсудить с ним ситуацию.

**В хирургическом отделении.** В дополнение к спазмолитическим средствам и холоду на живот больному начинают (или продол-

жают) инфузионную и антибактериальную терапию. При простом остром холецистите эффект обязательно проявится в первые 8—12 ч лечения. Если эффект лечения не наступает в течение 12 ч (а тем более, если в этот временной промежуток отмечается ухудшение), то скорее всего имеет место диагностическая ошибка или последовательно развивается осложненный холецистит. В этих случаях диагнозы изменяют и корректируют лечение.

## 2. Лечение острого обтурационного холецистита

**Дома.** Установив эту форму заболевания, врач скорой помощи не должен пытаться снять приступ. Больного нужно немедленно доставить в дежурную больницу.

**В приемном покое.** Врач подтверждает диагноз острого обтурационного холецистита и также никаких лечебных действий не проводит, а немедленно переводит больного в хирургическое отделение.

**В хирургическом отделении.** Прежде всего, решают принципиальный вопрос о дальнейшем лечении. Больному нужно четко сказать, что у него заболевание приняло опасное течение и единственно правильным видом лечения будет хирургическое вмешательство; время операции будет уточнено в процессе наблюдения и лечения. Будет сделана попытка снять приступ с помощью лекарственной терапии. Если она удастся, то, может быть, обойдется без экстренной операции, но если приступ в течение определенного времени не стихнет, тогда операция неизбежна. После этого предупреждения начинают интенсивную консервативную терапию, задачей которой является деблокирование желчного пузыря, что дает возможность перевода больного в «холодный» период. В случае возникновения необходимости хирургического лечения эта терапия послужит предоперационной подготовкой. Необходимые мероприятия: холод на живот, инъекции спазмолитических средств, дегидратационная инфузионная терапия, восполнение водно-электролитного и белкового баланса, локальная желудочная гипотермия (промывание желудка холодной водой), новокаиновая блокада круглой связки печени (блокада околопочечной клетчатки менее эффективна). Критериями оценки эффективности лечения являются: стихание или заметное уменьшение болей, исчезновение напряжения брюшной стенки, падение температуры тела, снижение числа лейкоцитов и уменьшение или исчезновение пальпировавшегося желчного пузыря. Если выраженный эффект отсутствует: у больных моложе 60 лет в течение суток, у больных более старшего возраста в течение 12 ч следует прекращать консервативную терапию и предложить больному операцию в более конкретной форме. Предшествующая консервативная терапия станет, таким образом, эквивалентом предоперационной подготовки.

Здесь необходимо подчеркнуть, что судьбы больных, перенесших приступ ООХ, резко отличаются.

При ООХ у больных, выписанных без операции, хорошие отдаленные результаты были у 10,2%, а плохие — у 60,2%, при простом ОХ хорошие — у 38,3%, плохие — у 33,9%.

Дифференцированный подход к оценке эффективности консервативной терапии приступа ОХ в плане отдаленных результатов позволяет более четко обосновать показания к хирургическому лечению у больных, благополучно перенесших наблюдаемый приступ.

Эти данные позволяют сделать, по крайней мере, два достоверных вывода.

1. Перенесенный ООХ (первичный или рецидивирующий) примерно у 2/3 больных влечет за собой повторение приступов, т.е. необходимость оперативного лечения в ближайшие после лечения годы.
2. Перенесенный первичный простой ОХ может не повторяться у 2/3 больных в сроки 2—7 лет, что позволяет в этих случаях, как правило, воздержаться от предложения операции в наблюдаемом первом приступе необтурационного простого ОХ.

Суммируя данные по консервативному лечению больных с приступом острого холецистита, можно прийти к следующим выводам.

Приступ простого острого холецистита в подавляющем большинстве случаев заканчивается благополучно. Лечение такого приступа не составляет большого труда, не требует больших затрат, а ситуация не грозит больному осложнениями. Дальнейшая судьба этих больных зависит от полноты обследования в «холодном» периоде, обнаруженной патологии и степени доверия к лечащему врачу, убеждающему больного в необходимости оперативного удаления камней. Первый же приступ простого острого холецистита может вообще пройти без всяких последствий и не повториться в течение всей жизни или весьма длительного времени. По нашим данным, после первого приступа без выписки из стационара операции подверглись лишь 4% больных.

С другой стороны, именно упорное лечение затянувшегося ООХ приводит к запоздалым операциям, которые обуславливают худшие непосредственные и отдаленные результаты.



## Глава XII. Хирургическое лечение ЖКБ

### 1. Факторы риска

Одномоментное избавление от болезни с помощью хирургической операции значительно привлекательнее долгого и нестабильного консервативного лечения. Однако всякая операция чревата риском.

Когда хирург предлагает больному операцию, он должен четко уяснить для себя и в общих чертах ответить пациенту, велик ли риск операции. И если для пациента, доверившего себя хирургу, достаточно обнадеживающего слова, то хирург (вместе с анестезиологом) должен иметь по возможности полное представление о риске конкретной операции для конкретного больного.

При остром холецистите приходится делать выбор между экстренной, срочной и отсроченной операцией, и для каждого выбора та или иная ситуация имеет решающее значение.

1. **Возраст.** Очень пожилой возраст (старше 75 лет) приобретает важное значение в случае позднего поступления и наличия деструктивного холецистита. Клиническая картина и выраженность симптомов у них «запаздывают», а деструктивный процесс, возможно вследствие сосудистой неполноценности, развивается быстрее.

Операция, предпринятая после консервативного лечения и наблюдения, нередко оказывается поздней.

В литературе очень мало работ, отслеживающих результаты операций при ОХ на уровне районных больниц. В этом отношении интересна работа Г.Н. Рогачева, который собрал данные по Московской области за 1978 г. (17 районных больниц): летальность у больных до 45 лет составила 1,3%, а в возрасте от 60 до 75 лет — 46,1% (!). Операциям всех этих больных предшествовала консервативная терапия.

2. **Запущенность заболевания** определяется не длительностью анамнеза, а временем от начала приступа деструктивного холецистита до операции. При запущенном патологическом процессе фактор времени становится определяющим.
3. **Мужской пол** тоже является фактором риска.

Течение и клиника ОХ у мужчин средних лет во многом напоминает таковые у лиц пожилого возраста.

Заболевание желчных путей у мужчин протекает тяжелее, чем у женщин; поэтому требуется более быстрая диагностика и более быстрое решение вопроса о показаниях к операции.

4. **Сопутствующие заболевания.** Они сочетаются с пожилым возрастом, что усугубляет тяжесть заболевания.

Среди сопутствующих заболеваний абсолютно преобладают сердечно-сосудистые (коронарокардиосклероз, инфаркт сердца, гипер-

тоническая болезнь, стенокардия — 60%), эмфизема легких и пневмосклероз — 29%.

5. Особого внимания заслуживает так называемый **холецистокардиальный синдром Боткина**<sup>1</sup>.

Одним из первых хирургов, описавших этот синдром, был R. Vabcock (1904).

В эксперименте J. Corbi et al. (1970) с помощью ЭКГ установили отрицательное влияние на сердце растяжения желчевыводящих протоков; при этом нарушается кровоток в сердце, правой венечной и общей печеночной артериях.

Наши наблюдения показали, что боли в области сердца при ОХ могут зависеть от нескольких причин:

1. иррадиация болей в левое подреберье и область сердца (чаще при холецистопанкреатите);
2. рефлекторная стенокардия, сопровождающая приступ холецистита и исчезающая нередко с прекращением приступов или удалением пузыря;
3. сопутствующая стенокардия, возникающая без связи с холециститом.

Необходимо подчеркнуть, что при тяжелом течении ОХ могут быть и тяжелые поражения сердечной мышцы вплоть до инфаркта. Тем не менее, не может быть и речи об отказе от операции при наличии абсолютных показаний (перитонит, гангрена). Показания к операции при ОХ и сопутствующей коронарной недостаточности следует ставить на основании изменений в желчных путях.

Сложным является положение, когда острый холецистит маскируется выраженной стенокардией. Причем при ретроспективном рассмотрении симптомов (после установления диагноза) невозможно понять, как, по какой причине не был распознан холецистит.

**Пример.** Больной К., 49 лет, доставлен в терапевтическое отделение 26.04.60, через 3 недели после очередного приступа, с жалобами на боли в области сердца и обеих подлопаточных областях, больше слева. Ноющие боли в области сердца беспокоят больного с июля 1955 года, когда внезапно возникли резкие боли, и с диагнозом «инфаркт миокарда» больной был госпитализирован. В сентябре 1957 года вновь госпитализирован по поводу нового инфаркта миокарда. Последний приступ начался 03.04. Вновь появились боли за грудиной, в области сердца с иррадиацией в левую руку и лопатку. Валидол болей не снял, они утихли только после инъекции пантопона. Для уменьшения болей в течение 3 недель неоднократно производились инъекции наркотиков. Анализ крови без патологических изменений. ЭКГ от 26.04: сквозной переднеперегородочный инфаркт миокарда

<sup>1</sup> Пиковский Д. Л. Холецистокардиальный синдром // Ученые записки Горьковского медицинского института. 1959. Т. 9.

без нарушений гемодинамики. При пальпации живота — болезненность в правом подреберье, остальные отделы не напряжены, безболезненны. На основании клинической картины и данных электрокардиографического исследования диагностирован инфаркт миокарда. 29.06 (через 3 месяца от начала заболевания) возник приступ резких болей в правом подреберье и эпигастральной области. Клиническая картина острого холецистита расценена врачами как «абдоминальная форма инфаркта». Диагноз как будто подтверждало дальнейшее течение болезни. На следующий день картина острой сердечной недостаточности (тахикардия, одышка, застой в легких). На ЭКГ от 29.07: ухудшение в зоне  $V_3$  и  $V_4$ , где отмечено исчезновение отрицательных  $T_{V_3}$  и  $T_{V_4}$ . Больной осмотрен хирургом.

Заключение: данных за «острый живот» нет. 05.08 развился новый приступ, и на этот раз с типичной картиной холецистита. Однако хирург не распознал его. Такой же приступ повторился 07.08.

Впервые мысль о холецистите возникла у консультанта-терапевта 04.09, т.е. через 5 месяцев. 10.10 возник тяжелый приступ при типичной картине острого холецистита и явной иктеричности склер. На ЭКГ от 11.10 вновь отмечены ишемические нарушения. Холецистит был расценен как сопутствующее заболевание.

12.10 больной осмотрен консилиумом врачей. Диагноз: рецидивирующий калькулезный холецистит с желтухой на фоне коронарной (хронической) недостаточности с частыми обострениями и ишемией миокарда. При осмотре состояние тяжелое. По мнению консилиума, имеется некоторое стихание явлений. Операция не предложена в связи с тяжелым состоянием больного. Однако в дальнейшем многократные приступы показали, что оперативного вмешательства избежать не удастся. 02.12 произведена операция под эфирно-кислородным эндотрахеальным наркозом с управляемым дыханием. В брюшной полости выпота нет, в правом подпеченочном пространстве определялся инфильтрат. После отделения сальника и припаянной к печени поперечно-ободочной и двенадцатиперстной кишки обнаружен «пенетрирующий» желчный пузырь, залегающий в толще печени. Пузырь сморщен, склерозирован, шейка отсутствует. Печень увеличена, плотна, серо-зеленого цвета с массой подкапсулярных пятен, край острый, много рубцов под капсулой. Общий желчный проток резко расширен и напряжен. Стенка его гиперемирована и утолщена. Печеночно-двенадцатиперстная связка и поджелудочная железа покрыты большим слоем жира.

С большим трудом удален желчный пузырь. Ложе его мало кровоточило. Пузырный проток с трудом выделен из инфильтрата. Произведена холангиография. Все протоки резко расширены. На снимке определялись мелкие камешки, заполняющие проток. Общий желчный проток вскрыт, удалены мелкие камни, замазкообразная желчь и густой гной. Однако хорошей проходимости зонда после этого не было. Наложена холедоходуоденоанастомоз, оставлены дренаж и тампон.

Макропрепарат: желчный пузырь 5x2x2 см. Стенка резко утолщена, полностью склерозирована, просвета нет, т.к. весь пузырь выполнен камнями (белесые, смешанные), замазкообразной желчью и гноем. Слизистая оболочка отсутствует.

Послеоперационный период без осложнений. Через 31 день больной выписан. Всего в больнице провел 241 день. На протяжении последующих 5 лет изредка ощущает боли в сердце. Лекарств не принимает. Ни разу не имел листка нетрудоспособности. Работает по специальности (инженер гидрометеослужбы). На ЭКГ: стойкие рубцовые изменения сердечной мышцы, но клинически стенокардия не проявляется.

Приведенная история болезни поучительна во многих отношениях. Во-первых, трудностью диагностики. Однако при ретроспективном рассмотрении ясно, что если бы лечащие врачи предположили возможность сочетанного поражения, то верный диагноз был бы установлен в начале заболевания. Данные ЭКГ действовали гипнотически, даже на очень опытных врачей. Лишь повторные явные приступы острого холецистита с желтухой вынудили переключить внимание на патологию печени.

Во-вторых, тяжелый осложненный холецистит сочетался с серией инфарктов миокарда. Наличие последних не подлежит сомнению. Каждый приступ холецистита сопровождался резким приступом коронарной недостаточности. При этих условиях трудно было поверить, что источником всей патологии является желчный пузырь.

В-третьих, тяжелую операцию больной со значительными и множественными ишемическими изменениями в сердце перенес хорошо. Нам кажется, что важную роль в этом сыграло отлично проведенное обезболивание. В дальнейшем практически исчезла стенокардия, что является абсолютным доказательством вторичного ее происхождения и правильно выбранного, в конце концов, метода лечения.

К сожалению, в 50-е годы лапароскопия как диагностическая процедура проводилась редко. Данному больному лапароскопия была отвергнута в связи с тяжелой патологией сердца. Нет сомнений, что в современных условиях для диагностики даже такой сложной патологии ушло бы значительно меньше 210 дней.

При любой сложной операции хирург вместе с анестезиологом должны определить степень риска и как минимум сообщить об этом родственникам. Больной, подписавший согласие на операцию, тоже должен знать о наличии риска.

В обычных хирургических отделениях производится запись в истории болезни с обозначением риска по 5-ти бальной системе. Цифра 5 свидетельствует о высоком риске и операции по жизненным показаниям. Совершенно очевидно, что такое определение риска примитивно и очень далеко от истины. Более приближены к объективной реальности схемы В.А. Гологорского (1973), Г.А. Рябова (1983), Н.Н. Малиновского с соавт. (1986).

Эти схемы определения риска применяются до настоящего времени. Так И.И. Затевахин с соавт. в статье об остром холецистите (2000) рекомендует схему В.А. Гологорского.

Синтез из этих схем был рекомендован на совместном заседании обществ хирургов и анестезиологов в Москве в 1986 году. К сожалению, и в этой синтетической схеме не учтен ряд важных факторов, которые могут оказать влияние на исход операции.

1. Какое бы хорошее состояние больного не было, плохой исход может получиться в результате сверхтяжелой операции.
2. Какое бы хорошее состояние больного не было, плохой исход может получиться, если очень сложную операцию выполнит малоквалифицированный хирург.

Наиболее важными исчерпывающими являются три составляющие:

1. состояние больного;
2. сложность операции;
3. квалификация хирурга.

Если при хронической ЖКБ без деструктивного воспаления ЛХЭ предпочтительна в подавляющем большинстве случаев, то при осложненном обтурационном холецистите (инфильтрат, холедохолитиаз, восходящий холангит) решающим фактором является квалификация хирурга в лапаротомной хирургии желчных путей.

В случаях осложненного холецистита с нарушением топографии органов и нестандартной операцией опытный специалист предпочтет широкий доступ с выбором вариантов по ходу операции.

Нам представляется целесообразным определение статуса больного в качестве цифровой модели, имеющей то или иное отклонение от определяемой экспериментально цифровой модели безопасной операции.

Цифровая модель определяется с помощью **экспертного метода**. Такой метод широко применяется в различных областях народного хозяйства, спорте (спортивная и художественная гимнастика, фигурное катание на коньках), искусстве (конкурсы), государственных экзаменах. Как правило, средняя оценка при достаточном числе **квалифицированных** экспертов является объективным отражением сути явления.

А.М. Шулутко с соавт.<sup>1</sup> (1989) применили математическую модель распознавания образов с обработкой данных на ЭВМ. Выявляется отклонение изучаемого объекта от среднестатистического. Такой метод намного ближе к истине, и при наличии компьютера и соответствующей программы можно «разыграть» ситуацию применительно к конкретному больному. Но пока еще не в каждой больнице есть компьютер и не на каждом дежурстве можно провести такое исследование.

Мы предложили упрощенный метод определения состояния больного на основе бальной оценки признака группой экспертов (определение риска операции арифметической формулой без компьютера).

<sup>1</sup> Шулутко А.М., Лукомский Г.И., Сурин Ю.В. и др. Прогнозирование риска операции при остром холецистите // Хирургия. 1989. №1, с. 29—32.

Состояние больного оценивается экспертами по 16-ти параметрам, где каждый признак обозначается со знаком (+) или (-).

**Например:**

1. Возраст: до 59 лет (+2), 60—69 лет (-1), 70—74 лет (-2), 75 лет и старше (-4).
2. Сердечно-сосудистая недостаточность: отсутствие (+2), 1-я степень (0), 2-я степень (-3), декомпенсация (-6).
3. Гипертоническая болезнь: отсутствие (+1), 1-я степень (0), 2-я степень (-2), 3-я степень (-4).
4. Ожирение: отсутствие (+2), 1-я степень (0), 2-я степень (-3), 3-я степень (-4).
5. Перитонит: отсутствие (+3), местный (-2), разлитой (-8), общий (-15).
6. Печеночная недостаточность: отсутствие (+2), лабораторная (-2), клиническая (-10), церебральная (-20).

И такие значения присвоены экспертами всем 16-ти параметрам.

Применительно к конкретному больному складываются все цифры с (+) и (-). Оценивается полученная сумма. С помощью сопоставления цифровых данных и исходов при ретроспективном рассмотрении историй болезни было установлено, что при сумме баллов от -10 до +18 и более все больные поправились (летальных исходов не было), но при сумме, равной -10, послеоперационный период был очень тяжелым, а при сумме от -43 до -79 все больные умерли от печеночной, сердечной или легочной недостаточности.

При определении индекса следует учитывать тяжесть и сложность операций на желчном пузыре и желчевыводящих протоках, что обозначено в таблице:

Первичные операции с оценкой их сложности в баллах	
Вид операции	Балл сложности
Идеальная холецистолитотомия	1
Холецистостомия	1
Холецистэктомия без осложнений	3
Холецистэктомия + дренаж культи пузырного протока	4
Холецистэктомия при наличии инфильтрата	5
Холецистэктомия + холедоходуоденостомия	6
Холецистэктомия + холедохостомия	6
Холецистэктомия + холехолитотомия + первичный шов	7
Холецистэктомия + холедохолитотомия + папиллосфинктеротомия	8
Холецистэктомия + холедоходуоденостомия + папиллосфинктеротомия	10

Нет необходимости доказывать, что усложнение характера операции, ее продолжительность, травматичность увеличивают неблагоприятный прогноз в тем большей степени, чем выше параметры с отрицательным знаком.

Третьим достаточно важным условием является **уровень квалификации хирурга в изучаемой области**, т.е. в хирургии желчных путей. Хирург может быть известным нейро-, кардио- или легочным хирургом, но в сложной патологии желчных путей может оказаться некомпетентным.

**Уровень квалификации хирурга (рейтинг) как составная часть вычисления операционного риска до настоящего времени не нашел своей количественной характеристики из-за сложности составления уравнения.** Прав был С.А. Гешелин, когда отверг показатель летальности как единственное измерение качества хирургической работы. Без дополнительных данных о хирургической активности, контингенте оперируемых, осложнениях и даже о среднем пребывании больного на койке показатель летальности далеко не полностью отражает ситуацию. Следует не только учитывать указанные параметры, но и определить их взаимоотношения. Взаимоотношение составных частей, определяющих качество хирургической работы (хирургическая активность, сложность операции, и, конечно, летальность), может быть выражено в виде уравнения, в котором рейтинг хирурга прямо пропорционален хирургической активности (число операций с учетом их сложности) и обратно пропорционален числу смертельных исходов. Формула рейтинга подробно описана в монографии Б.А. Королева и Д.Л. Пиковского<sup>1</sup>.

Формула рейтинга предназначена, прежде всего, хирургам, которые хотели бы проанализировать свою работу за определенное время. Это окажется полезным для выявления как технических, так и тактических ошибок.

При наличии необходимой информации о больном (Т), сложности планируемой операции (А) и рейтинга хирурга (R) можно вычислить индекс риска для конкретного больного с острым холециститом по усовершенствованной формуле:

$$Q = \frac{10 \cdot A}{T \cdot 0,99 + R}$$

где Q — индекс риска; А — сложность планируемой операции; Т — «толерантность», выраженная в баллах со знаком (+) и (-); R — рейтинг.

<sup>1</sup> Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М.: Медицина, 1990, с. 122—130.

Множитель 10 выполняет чисто математическую функцию. Поскольку он вводится в каждую формулу, то относительные значения индекса не меняются: множитель 0,99, не изменяя существенно показатель Т, позволяет пользоваться формулой и в тех случаях, когда сумма (Т) при разных знаках может оказаться равной 0. Показатель R всегда целое число.

Индекс риска тем больше, чем сложнее операция (А), больше показатель (Т) со знаком (-) и ниже рейтинг хирурга (R).

Анализ историй болезни показывает, что индекс риска с отрицательным знаком практически свидетельствует о сомнительной операбельности больного. В этих случаях исход операции зависит не столько от его состояния, сколько от мастерства хирурга, имеющего высокий рейтинг.

## 2. Виды операций на высоте приступа .

Прошло около 120 лет с тех пор как С. Langenbuch выполнил первую холецистэктомию. С начала XX века эта операция является нормальным и адекватным вмешательством при желчнокаменной болезни. Вместе с расширением представлений о патологии желчных путей, предложением ряда операций, уточнением показаний к ним появилось большое количество дополнительных терминов.

### 2.1. Терминология

Одни термины позволяли уточнить характер, другие — время, третьи — объем операции.

К сожалению, в последующие годы отдельные хирурги уже устоявшимся терминам придавали новые значения, другие — без ревизии новых значений пользовались ими как узаконенными; и порой становилось трудно разобраться, что именно обозначает тот или иной термин. В основном путаница в терминологии относится к определению времени производства операции по отношению к началу заболевания и к острому приступу.

#### **«Ранняя» операция**

Первоначальный смысл этого термина в конце XIX и начале XX века определяли В. Riedel и W. Mayo, которые вкладывали в это понятие операцию на высоте приступа вне зависимости от времени, прошедшего с начала приступа и с начала заболевания. Позднее С.П. Федоров (1918), W. Kerte (1928) этим термином обозначили операцию в начале заболевания, до развития выраженных морфологических изменений. В 1923 году J. Hotz на конгрессе немецких хирургов привел



большую статистику, в которой показал, что операция на высоте приступа значительно опаснее операции в интервале<sup>1</sup>. С тех пор почти течение 30-ти лет этот термин был непопулярен. Лишь в 1950—1956 гг. он вновь возник в статьях Б.А. Петрова и в его докладе на VI Пленуме правления Всесоюзного общества хирургов в ноябре 1956 года в Ленинграде<sup>2</sup>. Однако Б.А. Петров «ранней» назвал не операцию на высоте приступа или в начале заболевания, а операцию в интервале, производимую **после стихания острых явлений**. Именно в этом смысле термин «ранняя» операция применялся в публикациях 60—80-х годов.

Таким образом, **термин «ранняя» операция**, имея 3 различных толкования, дискредитирован. Редколлегия журнала «Хирургия» в №2 за 1987 год сделала попытку вернуть термину первоначальное значение, относя к «ранним» все виды операций на высоте приступа, за исключением экстренных, производимых по жизненным показаниям. Это вполне соответствует терминологии англоязычных авторов, которые под термином «ранняя» операция (early-operation) понимают вмешательство на высоте приступа в первые 2—3 дня после поступления (Glenn F., 1981<sup>3</sup>). Нам представляется правильным выделение экстренных операций по жизненным показаниям, но тогда разрушается семантический строй термина «ранняя» операция.

В настоящее время термин «ранняя» операция уступил место более определенному термину, не дискредитированному многозначностью. В этом отношении мы считаем целесообразным пользоваться терминами, обозначенными в «Энциклопедическом словаре медицинских терминов» (ЭСМТ).

### **Экстренная операция**

Под этим термином, согласно ЭСМТ, подразумевается такое оперативное вмешательство, которое назначают сразу после поступления больного, например при прободной язве, остром аппендиците, перитоните любой этиологии, внутреннем кровотечении и др. ЭСМТ не уточняет, какой временной промежуток между назначением и вы-

<sup>1</sup> J. Hotz привел чисто статистические данные. В этот период времени господствовало убеждение в малой опасности операции в интервале по сравнению с операциями на высоте приступа. В начале века к экстренной операции прибегали, как правило, по жизненным показаниям (перитонит, гнойный холангит и т.п.).

Лукавство доклада Готца состояло в том, что он сравнивал цифры летальности при плановых (после стихания острых явлений) и летальность после операций на высоте приступа с разной степенью сложности. Некорректность такого анализа очевидна, но магия больших цифр оказала большое влияние на специалистов, и это мнение дожило до наших дней в статьях и докладах таких корифеев, как П.Н. Напалков, В.В. Виноградов и др.

<sup>2</sup> Петров Б.А. // Труды VI Пленума Правления Всесоюзного общества хирургов. 1957, с. 189.

<sup>3</sup> Glenn F. Biliary Tract disease // Surg. Gynec. Obst. — 1981, v. 153, №7, p. 401—402.

полнением является предельным — 1, 2, 3 часа или больше. Кроме того, имеется существенная разница в необходимой экстренности, например при ущемленной грыже и острой кишечной непроходимости, при внутреннем кровотечении в связи с внематочной беременностью и внутренним язвенным желудочным кровотечением; острым аппендиците без перитонита, острым аппендиците с местным перитонитом и острым аппендиците, осложненным распространенным или общим перитонитом. Во всех приведенных случаях операция нужна экстренная, но цена упущенного времени везде разная.

Следовательно, в круг вмешательств, относимых к экстренным, входят как операции, предпринимаемые сразу при поступлении (при прободной язве, внематочной беременности, ущемленной грыже, перитоните любого происхождения и др.), так и вмешательства, производимые через сравнительно небольшой промежуток времени, в течение которого проводят консервативную терапию, необходимое наблюдение или подготовку к операции (при желудочном кровотечении, острой кишечной непроходимости и др.).

При остром холецистите, осложненном перитонитом, операцию назначают немедленно после поступления. Иногда же операцию производят в день поступления (менее 24 часов с момента поступления), т.е. ситуация напоминает аналогичную при острой кишечной непроходимости и желудочно-кишечном кровотечении.

Итак, под экстренной операцией (в соответствии с ЭСМТ<sup>1</sup>) мы понимаем такое вмешательство, которое производят в течение первых суток с момента поступления больного с острым холециститом.

### **Срочная операция**

Срочную операцию производят в течение 24—48 часов с момента поступления. Разница между экстренной и срочной операцией состоит в том, что экстренную операцию производят при явно плохом (для исхода приступа и возможности консервативного лечения) прогнозе, а срочную операцию — в связи с желанием избежать экстренную или при ошибочно благоприятном прогнозе.

Срочные операции производят не сразу после поступления, а через некоторое время. Особенность этой операции состоит в том, что ее производят после достаточно полного обследования как лабораторного, так и рентгенологического или сонографического, а также после неэффективной пробной консервативной интенсивной терапии, которая одновременно является предоперационной подготовкой. Выполняет операцию наиболее квалифицированная хирургическая бригада и в организационно благоприятных условиях.

Следовательно, говоря о срочной операции, необходимо прежде всего **решить вопрос о целесообразности достаточно продолжи-**

<sup>1</sup> Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1983. Том II, с. 260.

**тельной консервативной терапии** у больных с острым обтурационным холециститом.

Чего мы добиваемся с помощью интенсивной консервативной терапии? Естественно, дезобтурации пузырного протока. Но хорошо это или плохо? Во многих случаях хорошо: спадает отек стенки желчного пузыря, обтурирующий камень возвращается в просвет желчного пузыря, проходимость которого восстанавливается, приступ благополучно разрешается. Но примерно в 10—15% камень перемещается в общий желчный проток. Возникающая при этом желтуха укажет на появление такого осложнения, хотя известно, что иногда такие камни могут некоторое время ничем не проявляться. Это уже плохо, поскольку в отсутствии каких-либо признаков холедохолитиаза камни обнаруживаются недостаточно надежно. Хирург, который осматривает больного вечером, назначает интенсивную терапию на ночь, а на утро следующего дня — срочную операцию, бывает весьма доволен, если при осмотре утром удастся прощупать по-прежнему увеличенный желчный пузырь: значит, все на месте, можно быть уверенным, что пузырный проток закупорен плотно и камни в общий желчный проток не продвинулись.

Так может быть, при остром обтурационном холецистите вообще не нужно проводить консервативное лечение, а оперировать больного на высоте острой обтурации? В настоящее время мы настоятельно рекомендуем проводить консервативное лечение при ООХ не дольше одного рабочего цикла.

Итак, срочная операция отличается от экстренной тем, что хирург начал лечить больного консервативно, полагая оперировать после стихания острых явлений. В процессе выполнения своего плана он видит, что ошибся в прогнозе, лечение не помогает. Понимая, что дальнейшее упорство чревато катастрофой, он решается на операцию.

Какой же срок имеет хирург для всех этих размышлений и мероприятий? После VI Пленума Всесоюзного общества хирургов «декретированным» сроком были 72 часа. В настоящее время в связи со значительным улучшением диагностики, значительным снижением опасности операции на высоте приступа (и в то же время преобладающего числа пожилых больных, что диктует необходимость чаще оперировать именно на высоте приступа), разработкой **превентивных и этапных щадящих декомпрессионных вмешательств** этот порог неэффективной терапии должен быть снижен.

Мы считаем, что срок до 48 часов — самое большое, что может себе позволить современный хирург при затруднениях в прогнозе.

Поэтому операцию в пределах этого срока (в отличие от экстренной, которую предпринимают сразу или через несколько часов после поступления) мы предлагаем называть **срочной**.

Разумеется, изложенные соображения относительно терминологии и сроков оперативного вмешательства имеют отношение только

к острому обтурационному холециститу. При простом остром холецистите таких проблем нет.

### **Отсроченные операции**

Отсроченные операции имеют свои особенности. Если больной оперируется после нетяжелого и не очень застарелого простого острого холецистита, то фиброзно-воспалительные изменения в зоне операции сравнительно небольшие. Но если больной перенес острый обтурационный холецистит, даже первичный, то изменения, обнаруживаемые через 2—3 недели после приступа, могут быть весьма значительными.

Еще E.Th. Kocher приглашал терапевтов почаще заглядывать в операционную, когда оперируют их пациентов с желчнокаменной болезнью. При внешнем клиническом благополучии обнаруживают и флегмоны, и гангрены, и перфорации, но главным образом, многослойные инфильтраты, неизмеримо затрудняющие выполнение радикальной операции. Наши сотрудники В.И. Круч<sup>1</sup> (1975), В.А. Гольбрайх<sup>2</sup> (1986) подробно рассмотрели это вопрос. **При отсроченной операции после перенесенного острого обтурационного холецистита В.И. Круч обнаружил у 41,9% больных изменения**, которые с полным основанием могли быть отнесены к самому пику приступа.

В.А. Гольбрайх через 10 лет анализировал ту же ситуацию (больные оперированы в 1976—1985 гг.) после перенесенного первичного острого обтурационного холецистита и получил следующие данные: из 54 больных, которым выполнены отсроченные операции, у 24 (44,4%) обнаружены флегмонозные и гангренозные холециститы. Та же картина наблюдается при отсроченных операциях по поводу рецидивирующего острого обтурационного холецистита.

В литературе приводятся аналогичные данные. На основании этих фактов можно сделать ряд выводов:

- 1) клиническая картина с известными симптомами не всегда соответствует патоморфологическим изменениям, особенно в поздних стадиях острого приступа холецистита;
- 2) операция после стихания приступа у ряда больных сложнее, чем операция на высоте приступа, особенно в его начале;
- 3) **тезис Б.А. Петрова, В.В. Виноградова и других о преимуществах отсроченной операции как более легкой и менее травматичной с полным основанием можно отнести к больным**, перенесшим приступ простого холецистита, и лишь в малой степени может быть отнесен к больным, перенесшим острый обтурационный холецистит.

<sup>1</sup> Круч В.И. Тактика при остром обтурационном холецистите//Актуальные вопросы хирургической гепатологии и гастроэнтерологии. Волгоград, 1975, с. 14—17.

<sup>2</sup> Гольбрайх В.А. Первичный острый холецистит. Дисс. ... канд. мед. наук. Горький, 1986.

## 2.2. Радикальные операции

Холецистэктомия — удаление желчного пузыря различными техническими вариантами (от шейки, от дна, субсерозно, без холангиографии, с холангиографией, без дренажа пузырного протока, с дренажем пузырного протока, мукоклаз по Прибраму).

Расширенная холецистэктомия — удаление желчного пузыря с ревизией желчевыводящих протоков и дополнениями (холедохотомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия, холецистохоледохоностомия, папиллосфинктеротомия и пластика, первичный шов после холедохотомии, первичный шов после повреждения протока, наружное дренирование через холедохотомическое отверстие).

В 40-е и 50-е годы, когда решался вопрос об операции, в том числе экстренной или срочной, в подавляющем большинстве случаев имелось в виду производство именно радикальной операции. Сдержанность некоторых хирургов или даже отрицательное отношение к операциям на высоте приступа имело причиной боязнь операционного риска вследствие, как казалось, обязательного выполнения именно радикальной операции.

Разработка теории желчной гипертензии в 60-е годы и внедрение в практику хирургических клиник декомпрессионных вмешательств способствовали расширению показаний к хирургическому лечению острого холецистита, в том числе и на высоте приступа. Декомпрессионные вмешательства, имея общей целью снятие гипертензии, различают по объему, задачам и технике выполнения.

Современный хирург обладает большим выбором хирургических вмешательств: от радикальных, которыми он пользуется в подавляющем большинстве случаев, до малотравматичных щадящих **декомпрессионных** операций, которые применяют в особо тяжелых случаях.

Современная хирургия желчных путей по сравнению с другими разделами абдоминальной хирургии и состоянием хирургии желчных путей 15—20-летней давности сделала значительный шаг вперед:

1. внедрение лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) (все другие виды лапароскопических операций не нашли достаточно веских показаний);
2. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), которая позволяет выявить патологию желчевыводящих протоков (холедохолитиаз, стеноз БДС) до операции;
3. эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), позволяющая устранить выявленную патологию протоков, убрать камни из холедоха, освободить желчную систему от гноя при холангите и осуществить ее длительное дренирование.

Однако существует ряд противопоказаний как для лапароскопической холецистэктомии, так и для ЭРХПГ и ЭПСТ, среди которых су-

щественным фактором является *отсутствие специалистов в данном месте в данный момент*.

Прежде всего, это относится к острому деструктивному холециститу, когда хирург прибегает к *экстренной операции*. Вероятно, в крупных хирургических центрах (институты им. Склифосовского, им. Джанелидзе, других крупных больницах скорой помощи) в дежурную бригаду может быть включен хирург, владеющий лапароскопической ХЭ и эндоскопист, владеющий ЭРХПГ.

При остром обтурационном (деструктивном) холецистите, осложненном распространением инфекции, решение об экстренной операции принимает дежурный хирург вне зависимости от возможного холедохолитиаза, холангита, стеноза БДС. Да и симптом желтухи в первые 1—2 дня может не проявиться даже при наличии патологии протоков.

Нужно совпадение многих обстоятельств, чтобы в день поступления больного с ООХ организовать весь комплекс эндоскопических вмешательств.

Другое дело, когда речь идет о срочной (в течение 48 часов) или отсроченной операции. В этой ситуации возможно и ЛХЭ, и ЭРХПГ, и ЭПСТ.

Но не будет ли «эндоскопическая» идея мотивом для откладывания операции на время, когда все условия будут соблюдены?

Во всяком случае при показаниях к *экстренной* операции сохраняется весь строй событий, укладываемых в рамки традиционной ХЭ с расширением вмешательства (ОХгр, холедохотомия, ХДА, ПСТ) в необходимых случаях. Иначе говоря, при экстренной операции актуальна и операционная холангиография, и холедохотомия, и ХДА, и ПСТ, и наружное дренирование желчных путей с помощью Т-дренажа или декомпрессионного дренажа пузырьного протока.

С этой точки зрения мы и рассмотрим ситуацию экстренного вмешательства.

### **2.2.1. Операционная холангиография (ОХгр)**

Операционная холангиография входит составной частью в технику лапаротомной холецистэктомии при экстренных и срочных операциях по поводу острого холецистита. Это связано с тем, что эта диагностическая процедура позволяет обнаружить патологию протоков в тех случаях, когда другими методами это не удастся (наличие мелких камней, точное измерение калибра протока, состояние терминального отдела и БДС). Вместе с тем, накопление материала показало, что в ряде случаев холецистэктомию при экстренной и срочной операции можно выполнить и без операционной холангиографии.

Как же обстоит дело в настоящее время? Может ли хирург с помощью осмотра, пальпации, измерения диаметра протока, манометрии, операционной сонографии, т.е. абсолютно неинвазивных мето-

дов, выявить патологию протоков и обойтись без операционной холангиографии? Нужно ли ее избегать?

Ответим сначала на вопрос, нужно ли избегать операционной холангиографии. Какие отрицательные моменты содержатся в ней?

1. Операционная холангиография удлинняет время операции. Однако при хорошей стандартизации исследования она займет от 7 до 10 минут, включая время, затраченное на интубацию пузырного протока. Можно не доказывать, что эта потеря времени компенсируется полученным результатом.
2. Расход пленок и контрастного вещества (2 пленки размером 30 x 40 см и 20 мл раствора уротраста, верографина и др.).
3. Снимок производят в операционной без соответствующей защиты. Если хирург и анестезиолог (все остальные лица во время снимка без всяких помех покидают операционную) производят холангиографию 5—6 раз в неделю, то не исключено избыточное облучение выше допустимых нормативов. Применение электронно-оптического преобразователя снижает дозу облучения.

Мы применяем следующие меры предосторожности: после установки рентгеновской трубки над раной в операционной остаются анестезиолог, анестезист и хирург, производящий манипуляцию. В зависимости от калибра протока вводят контрастный раствор (5, 7 или 10 мл), при этом шприц не отделяют от трубочки, что предотвращает вытекание раствора; анестезист вводит миорелаксант; хирург, анестезиолог и анестезист уходят в предоперационную (5 сек); рентгенолаборант включает аппарат (меньше 1 сек), после чего анестезиолог и хирург возвращаются в операционную; хирург вводит дополнительно контрастное вещество, и снова повторяется экспозиция, как и во время первого снимка. Таким образом, все участники операции (кроме, естественно, больного) полностью избегают воздействия рентгеновского облучения.

Уже много лет во время операционной холангиографии хирурги вводят контрастное вещество через тонкую трубку, введенную в пузырный проток. Это исключает нарушение целостности холедоха при его пункции и позволяет по ходу операции проводить манометрию. Исследования показали, что после ОХгр давление в общем желчном протоке увеличивается на 10—20%, достигает максимального уровня через 1 час и держится в течение 24—72 часов. Поэтому мы придаем большое значение немедленному удалению контрастного вещества через трубочку, исключая, тем самым, его раздражающее действие на слизистую холедоха. Операционную холангиографию можно исключить, если есть возможность выполнить ЭРХПГ.

В отличие от плановой при экстренной и срочной операциях ЭРХПГ небезопасна именно потому, что изменения в зоне действия инструмента и контрастного вещества неясны и обострение процесса впол-

не возможно. Кроме того, в настоящее время ЭРХПГ внедрена лишь в немногие хирургические стационары: из 17 хирургических отделений 1,5-миллионного города ЭРХПГ производят в трех, а ЭПСТ — в одном. Должно пройти много времени, пока в других отделениях появятся аппаратура и «безопасные» специалисты. Вот почему при экстренной и срочной операции ОХгр является приемом, дающим исчерпывающее представление о патологии желчевыводящих протоков.

Важное замечание: в тех случаях, когда это возможно, еще до решения вопроса об ОХгр следует перевязать пузырный проток у шейки. Эта процедура дает уверенность в том, что при дальнейших манипуляциях хирург непроизвольно не протолкнет небольшой камешек в холедох.

При дальнейшем действии целесообразно отсасывание содержимого желчного пузыря с тем, во-первых, чтобы оно не попало в брюшинную полость, а, во-вторых, неопорожненный пузырь помешает четкости рентгеновского снимка.

В каких случаях можно отказаться от ОХгр?

По нашему мнению, есть три состояния, позволяющие обойтись без ОХгр — это экстренная или срочная операция во время первого приступа ООХ, при котором хирург обнаруживает 1—2—3 крупных (около 1 см в диаметре) камня в пузыре и такой же камень, крепко ущемленный в шейке, а также водянка желчного пузыря и хроническая эмпиема.

Наоборот, при **рецидивирующем** ООХ необходимость ОХгр очевидна.

Ни калибр холедоха, ни его «напряженность» не исключают заботу хирурга о патологии протоков. Правда, эндоскописты, поднатревшие в ЭРХПГ, уверяют нас, что оставление камешка в общем желчном протоке не страшно — «удалим после операции с помощью ЭПСТ» (эндоскопической папиллосфинктеротомии)...

На мой взгляд, такое заявление **цинично** в своей основе. Укоротить операцию на 7—10 минут за счет отказа от ОХгр? А потом мучить больного ЭПСТ? Так ведь эта операция вовсе не безопасна, не говоря уже о переживаниях больного. Вот почему в подавляющем большинстве экстренных и срочных операций при ОХ все же делать ОХгр необходимо: ее положительные стороны намного превышают отрицательные.

Наиболее частой операцией при ЖКБ, в том числе и на высоте приступа, является холецистэктомия (ХЭ). В подавляющем большинстве случаев эта операция является радикальной (излечивающей).

Однако на протяжении всей истории хирургии желчных путей (а в последние годы особенно) число вариантов операции не замыкалось ХЭ.

На заре развития этого раздела хирургии отказ от ХЭ главным образом мотивировался техническими сложностями. В настоящее



время к этому добавились и «идеологические» соображения, связанные как со **щадящими**, так и с **сохраняющими** операциями.

В каких случаях хирург отказывается от радикальной операции?

1. Неодолимые технические трудности (для данного хирурга в конкретной ситуации).
2. При высоком риске расширенной ХЭ (с учетом квалификации хирурга).
3. При обнаружении склерозированного нефункционирующего желчного микропузыря, фиксированного на печеночно-дуоденальной связке. После весьма трудного удаления такого пузыря выясняется, что у него нет полости или она меньше 1 см<sup>3</sup>. Поэтому, если удаление такого образования сопряжено с риском повреждения элементов печеночно-дуоденальной связки, то лучше его не удалять.
4. При внезапных осложнениях по ходу самой операции (осложнения наркоза, кровотечения, технические неполадки в операционной).
5. При минимальных изменениях в желчном пузыре, явно исключающих деструктивный (флегмонозный, гангренозный) холецистит, и при одиночном крупном камне и функционирующем ЖП.

В 70-е годы написано много статей о малоизмененных желчных пузырях, о холестерозе, цервиците и пр. Вероятно, в каких-то случаях хронический холецистит может иметь такое выражение. Но что совершенно не вызывает сомнения, так это положение, что при клинической картине ООХ удаление малоизмененного (катарального?) желчного пузыря при экстренной или срочной операции является ошибкой. Широкое внедрение лапароскопических операций обозначило легкую ХЭ в простых случаях. Сблазн выполнить лапароскопическую ХЭ (ЛХЭ) вне зависимости от выявленной патологии (в том числе при одиночных камнях и неизмененном пузыре) свидетельствует о недостаточном размышлении в плане показаний к операции и о ХЭ в частности: **возможность** простого лапаротомного или лапароскопического удаления пузыря еще не означает **необходимость** этого мероприятия.

Хирург, который удаляет малоизмененный желчный пузырь, должен озаботиться изобретением диеты для этого больного, чтобы компенсировать дефицит обработки пищи концентрированной желчью.

**Доступ.** Казалось бы действие, не вызывающее большого размышления или дискуссии. Однако дело обстоит иначе.

В 50-е годы мы следовали указаниям Кера о широком доступе и делали классические разрезы Кохера, Черни, Федорова. Конечно, широкие разрезы давали хороший доступ к очагу поражения и создавали хорошие условия для тампонады. Но уже в 60-е годы появилась тенденция к ускорению разреза, поскольку широкие разрезы создавали неблагоприятную ситуацию для диафрагмального дыхания (было много послеоперационных пневмоний в связи с неподвижностью правого купола диафрагмы). Это, в свою очередь, удерживало больных

от вставания в течение 4—7 дней. «Щадящий» режим также сказывался на ущербности дыхания. Создавался порочный круг.

Укорочение разрезов (с 25—30 см до 12—14 см) довольно быстро сказалось на функциональном статусе оперированного. В еще большей степени на улучшение показателей послеоперационного периода сказался метод М.И. Прудкова и др.<sup>1</sup>, заключающийся в малых разрезах и применении специальных инструментов для холецистэктомии в «колодцеобразном» доступе.

Но совершенно изменила послеоперационный период лапароскопическая холецистэктомия, которая уменьшает постельный режим до 1—2 дней. В настоящее время плановая лапароскопическая холецистэктомия производится почти у 90% плановых больных. Нередко лапароскопическая операция сочетается с ЭПСТ, что делает ненужными ОХгр, холедохотомию и другие интраоперационные манипуляции. К сожалению, при экстренных и срочных операциях такая методика резко ограничена.

Как было сказано выше, контрастное вещество для ОХгр вводится через трубочку, вводимую в пузырьный проток ниже перевязки протока у шейки.

После благополучного окончания операции перед зашиванием брюшной стенки возникает вопрос: Как поступить с трубочкой, укрепленной в пузырьном протоке?

Можно удалить трубочку, перевязать одной или двумя лигатурами пузырьный проток и на этом операцию закончить.

Однако здесь уместно вспомнить, что операционная холангиография иногда приводит к увеличению давления в общем желчном протоке вследствие химического раздражения слизистой оболочки терминального отдела и ее отека.

К.С. Житникова и Ф. Рида (1975) исследовали остаточное давление, активность амилазы желчи и проводили дебитометрию перед операционной холангиографией и после нее. Их данные свидетельствуют о том, что имеется определенная коррелятивная связь между послеоперационной желчной гипертензией и активностью амилазы желчи.

Поэтому в ряде случаев, по показаниям (а не как мероприятие после каждой ХЭ, как мы писали в 1964—1971 гг. и как указали А.И. Нечай и др. в 1999 г.) мы оставляем трубочку в пузырьном протоке на несколько дней.

Е.В. Смирнов<sup>2</sup> приводит операционную холангиорентгенограмму, на которой виден рефлюкс контрастного вещества в проток поджелу-

<sup>1</sup> Прудков М.И., Шулутко А.М., Бебуришвили А.Г. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни//Анналы хирургической гепатологии. Т. I. 1996, с. 132—135.

<sup>2</sup> Смирнов Е.В., Мжельский В.С.//Хирургия. 1968. №8, с. 36—39.

дочной железы и сброс его по тонкой хлорвиниловой трубке, укрепленной в пузырьном протоке. Обсуждая вопрос о глухом шве брюшной стенки после холецистэктомии, Е.В. Смирнов замечает: «Не следует зашивать брюшную рану наглухо после холецистэктомии и потому, что, в первые дни после операции, вследствие отека слизистой желчного протока и послеоперационного пареза двенадцатиперстной кишки, значительно повышается давление желчи в желчевыводящей системе — желчная гипертензия, при которой весьма реальную опасность представляет попадание желчи в брюшную полость из-за соскальзывания лигатуры с культи пузырьного протока<sup>1</sup>. Однако нет необходимости и в широкой тампонаде марлевыми тампонами, особенно в связи с тем, что после удаления желчного пузыря полезно оставить ниппельную трубочку на несколько дней, пока не восстановится нормальное давление желчи в желчных путях».

Через эту трубочку можно в послеоперационном периоде проводить холангиографию и холангиоманометрию, что лишний раз укажет на свободную проходимость общего желчного протока, при котором выделение желчи через эту трубочку прекращается самостоятельно и она может быть извлечена. **Следовательно, декомпрессионный дренаж пузырьного протока предназначен не для удаления инфицированной желчи, а для послеоперационной декомпрессии, манометрического и рентгенологического контроля.** В связи с этим мы считаем показанным такой дренаж при следующих обстоятельствах.

1. Как один из способов наружного дренирования после холедохотомии (взамен дренажа А.В. Вишневого, Кера и др.).
2. Как обязательное мероприятие после первичного шва общего желчного протока.
3. Как превентивная декомпрессия после холедоходуоденоанастомоза (ХДА) и папиллосфинктеротомии ПСТ (защита анастомоза).
4. Как декомпрессия желчных протоков и протоков поджелудочной железы при наличии сопутствующего панкреатита.
5. Как профилактика панкреатита при рефлюксе контрастного вещества в проток поджелудочной железы (по данным ОХгр).
6. Как способ манометрического и рентгеновского контроля в послеоперационном периоде по следующим показаниям:

---

<sup>1</sup> А.В. Исаев, Б.В. Крапивин, А.А. Давыдов, М.А. Давыдов в статье «Желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии...» (Вестник РГМУ. №3 (13). М., 2000, с. 27—29) пишут о 17 желчеистечениях на 1656 ЛХЭ (1,03%), диагностированных в сроки от 18 часов до 3 суток после операции. По мнению авторов, увеличенное количество желчеистечений при лапароскопической ХЭ по сравнению с лапаротомной ХЭ связано с тем, что не ушивается ложе желчного пузыря, культя пузырьного протока клипировается, а не лигируется. По смыслу публикации речь идет о том, что в числе 1656 случаев не было экстренных операций.

- а) незначительное сужение терминального отдела и БДС, не требующее хирургической коррекции;
- б) незначительное расширение общего желчного протока неясного происхождения;
- в) при неуверенности в отсутствии какой-либо остаточной патологии в желчных путях.

## 2.3. Расширенные радикальные операции

### 2.3.1. Наружное дренирование

Наружное дренирование имеет целью отведение инфицированной желчи и декомпрессию желчных путей. В настоящее время дренирование простой резиновой трубкой по А.В. Вишневскому применяется только в тех случаях, когда невозможно выполнить другие способы (Т-дренаж, микродренаж пузыря протока).

Как писал в 1987 году З. Янгибаев<sup>1</sup> из института Вишневского, на 127 случаев наружного дренирования в 91,3% применен тонкий дренаж, а в 8,7% — Т-образный дренаж.

Недостатки и осложнения наружного дренирования в основном связаны только с техническими погрешностями, они практически не содержат методологических пороков. Технически это наиболее простой способ завершения холедохотомии.

Среди возражений против наружного дренирования наиболее существенным является вопрос о желчепотере. Действительно, после длительной желтухи (иногда 1—1,5 месяца), когда желчь не попадает в кишечник, наступает период в 2—3 недели, когда желчь выливается наружу. Однако этот недостаток не столь велик.

Во-первых, при дренировании наружу выделяется только часть желчи; если проходимость терминального отдела удовлетворительная, то обычно отделяется не более 20% вырабатываемой печенью желчи, и происходит это в течение 2-х недель. Такая потеря желчи практически не требует компенсации.

Во-вторых, при обильной потере желчи через дренаж следует предположить затруднение оттока и ставить вопрос о необходимости применения диагностических (фистулохолангиография) и лечебных мер. В этом случае дренаж великолепно выполнил свою превентивную функцию «сигнализатора».

Наконец, в-третьих, важна диагностическая функция дренажа, когда по каким-то причинам не устранено механическое препятствие (камень, стеноз, опухоль), и желчь целиком в огромном количестве (600—900 мл) выливается наружу. Ситуация быстро проясняется: потеря желчи большая. И хотя наружное дренирование спасло жизнь

<sup>1</sup> Янгибаев З. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. М., 1987.

больному, все же обильная потеря желчи должна быть устранена любыми методами, вплоть до ЭПСТ, а при невозможности ее выполнения необходимо произвести повторную операцию.

При всех обстоятельствах нужно иметь в виду, что отказ от наружного дренирования при неустранимой причине механической желтухи чреват летальным исходом или в лучшем случае полным желчным свищом. Таким образом, и в этих обстоятельствах наружное дренирование оказывается весьма полезным.

### **2.3.2. Холедоходуоденоанастомоз (ХДА)**

При механической желтухе разного происхождения применяют билиодигестивные анастомозы. В экстренной хирургии — практически только холедоходуоденостомию. Эта операция, разрешающая желчную непроходимость, привлекала хирургов прежде всего тем, что решала задачи лечения с помощью знакомых любому хирургу навыков: сшивания двух полых органов, т.е. наложения анастомозов, в принципе не отличающегося от межкишечного или желудочно-кишечного анастомоза. Да и результаты — исчезновение желтухи и болей — проявлялись в течение ближайших дней после операции. Особое значение приобретала возможность создания желчно-кишечного анастомоза без детализации патологии терминального отдела. Имеет ли место неудалимый или трудноудалимый камень, стеноз БДС, хронический панкреатит — во всех этих случаях желтуха разрешалась полностью, и больной при благополучном исходе послеоперационного периода быстро поправлялся.

В годы широкого применения ХДА мало уделялось внимания ее недостаткам: неритмичное отделение желчи, остаточная патология в терминальном отделе общего желчного протока, рефлюкс-холангит.

Что же касается отдаленных результатов, то еще Н. Кehr в 1913 году отмечал в качестве неблагоприятных последствий ХДА дуоденобилиарный рефлюкс с развитием холангита.

Наличие дуоденобилиарного рефлюкса является серьезным противопоказанием к наложению ХДА. В связи с этим в 60-е и более поздние годы появились предложения заменить холедоходуоденостомию холедохоеюностомией с выключенной по Ру петлей тонкой кишки. Однако эта операция гораздо сложнее, и в экстренных условиях трудно исполнима. Кроме того, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке приводит к гормональным расстройствам поджелудочной железы и общего пищеварительного процесса.

#### ***Возможные опасности при выполнении анастомоза в условиях ургентной хирургии***

1. Перитонит. Любой анастомоз, в том числе (и особенно) билиодигестивный, в условиях перитонита таит опасность недостаточности любого из 30—40 швов, наложенных для сшивания органов. Мы

считаем, что холедоходуоденостомия в условиях перитонита не имеет ни обоснований, ни оправданий.

2. Ущемленные в БДС камни. В настоящее время в клиниках, где метод ЭПСТ стал рутинным, оставление камня в БДС не является столь драматичным — при стойком благополучии в послеоперационном периоде это вмешательство разрешает ситуацию. Однако новый приступ рефлюкс-холангита и рефлюкс-панкреатита может наступить не сразу после операции, а в неведомом будущем, и тогда ситуация вновь становится драматичной.
3. Инфильтрованные стенки общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки могут явиться причиной недостаточности анастомоза, особенно если операцию производят экстренно или срочно по поводу флегмонозного или гангренозного холецистита более чем через 48 часов от начала заболевания.
4. Узкий тонкостенный проток. Наложение ХДА ошибочно из-за значительных трудностей адаптации стенок анастомоза. Крошечный дефект превращается в большую недостаточность анастомоза.
5. Наложение швов нитями из нерассасывающегося материала с захватом слизистой оболочки сшиваемых органов. Нити с течением времени инкрустируются солями с образованием камней.
6. Широкое рассечение двенадцатиперстной кишки (2—3 см, а по мнению некоторых хирургов, 4 см) при наложении широкого ХДА приводит к частичному пересечению активных мышечных волокон стенки двенадцатиперстной кишки с парезом ее и той или иной выраженности дуоденостазу, дуоденобилиарному рефлюксу с возможными холангитом и недостаточностью анастомоза.

Далеко не полный перечень опасностей при наложении экстренного и срочного ХДА позволяет заключить, что эта операция при всей привлекательности для общего хирурга таит в себе такое количество предвиденных (и непредвиденных) осложнений, что можно твердо отвергнуть ее за редким исключением как операцию выбора при ОХ с поражением желчевыводящих протоков. Вместе с тем следует добавить, что ХДА по В. Мейо (1905), а именно **терминалатеральный** прямой анастомоз между пересеченным общим желчным протоком и ДПК, снимает ряд недостатков, например остаточную патологию концевой отдела и рефлюкс-панкреатит. Однако в условиях острой патологии такой анастомоз небезопасен.

### 2.3.3. Папиллосфинктеротомия (ПСТ) и эндоскопическая ПСТ (ЭПСТ)

1. Папиллосфинктеротомия (ПСТ) дает большую летальность, чем ХДА, и это связано с развитием панкреонекроза непосредственно после операции.

2. В настоящее время техника ПСТ настолько усовершенствовалась, что многие «подводные камни» этой операции удается обойти.
3. Улучшение результатов ПСТ прежде всего связано с детальной разработкой техники.
4. Показанием к операции ПСТ и ЭПСТ на высоте приступа служит:
  - а) локализация препятствия в терминальном отделе (по данным операционной холангиографии или дуоденоскопии);
  - б) необходимость ревизии панкреатического протока (сопутствующий панкреатит).

Преимущества ПСТ:

1. прямой выход на причину непроходимости желчных путей (включенный камень в БДС);
2. отсутствие «остаточной» патологии непосредственно перед препятствием;
3. если препятствие находится непосредственно в папилле, то возможно сохранение сфинктера Одди и, следовательно, физиологичный переход желчи в ДПК;
4. возможна ревизия панкреатического протока, удаление из него камней и дренирование ниппельной трубочки.

Если потребность в ПСТ возникла во время лапаротомной операции, то в отличие от других методов большое значение имеет точное выполнение деталей техники.

Существенные моменты техники операции лапаротомной ПСТ.

1. Мобилизация ДПК по Кохеру является обязательным элементом операции. Она позволяет ощупать головку поджелудочной железы, а при выраженном стенозе и сам БДС. Но важнее то, что после мобилизации удается выдвинуть далеко вперед заднюю стенку ДПК, что не только облегчает рассечение БДС, но и делает этот этап операции более безопасным.
2. Холедохотомия должна быть достаточной для извлечения через разрез холедоха самого большого камня.
3. Для выдвигания вперед задней стенки ДПК с БДС используется зонд с оливой.
4. Передняя стенка ДПК рассекается примерно на 1 см. Этого отверстия достаточно, чтобы через него с помощью зондовой оливы вывести стенозированный БДС или вколоченный в нее камень на переднюю стенку ДПК. Эластичная стенка ДПК «обнимет» выведенную папиллу и удержит содержимое ДПК от излияния наружу.
5. Рассечение папиллы и извлечение камня (камней) происходит вне предела просвета ДПК.
6. Идентификация панкреатического протока обязательна. Если из него свободно отделяется сок поджелудочной железы, то другие манипуляции с ним не нужны. При сомнении нужно ввести пугов-

чатый зонд на предмет проходимости протока и обнаружения в нем камней, а также с целью убеждения в том, что он не попал в разрез.

7. Операционная панкреатография возможна, но должна проводиться весьма деликатно, чтобы не спровоцировать панкреонекроза.
8. Ушивание разреза папиллы лучше выполнять при введенном в панкреатический проток зонде или ниппельной трубочке, чтобы проток не попал в шов.
9. Разрез передней стенки ДПК ушивается однорядным, а лучше двухрядным швом. Небольшой разрез передней стенки исключает деформацию ДПК и ее парез, который может быть при ее широком рассечении с захватом в разрез циркулярных мышц.
10. Считаю обязательным дренирование холедоха для создания декомпрессии — важного обстоятельства для «успокоения» потревоженного концевого отдела желчных путей. Как правило, введение ниппельной трубочки в пузырный проток достаточно для этой цели. Следует подчеркнуть, что в отличие от ХДА, которую может выполнить каждый хирург-профессионал, ПСТ следует производить хирургу, достаточно много оперирующему на желчных путях и хорошо знакомому с деталями техники этой операции, т.к. именно упущение деталей приводит к неприятным осложнениям, главными из которых являются послеоперационный панкреатит и недостаточность задней стенки ДПК.

## **2.4. Декомпрессионные операции при остром холецистите**

### **2.4.1. Пункция**

В марте 1953 года в хирургическое отделение больницы Верхневолжского водздравотдела поступила больная С., 68 лет, с сильным приступом болей в правом подреберье, продолжавшимся четвертый день. Температура — 37,8 град., лейкоциты —  $14 \cdot 10^9$ /г/л, но заметных признаков интоксикации не было. В правом подреберье пальпировался резко болезненный желчный пузырь в инфильтрате.

Необходимость экстренной операции сомнений не вызвала, но больная категорически от операции отказалась. Продолжительные переговоры с больной и двумя ее дочерьми, хорошо ориентирующимися в ситуации, результатов не дали.

Тогда я стал в подробностях рассказывать больной о характере ее патологии; объяснил, что в желчном пузыре образовался гной, что пузырь резко увеличился в размерах за счет нагноения. И если не удалить гной, то могут возникнуть тяжелые осложнения.

Больная спросила: нельзя ли удалить гной без операции? Напрям, отсосать шприцем. Я не обратил внимания на эту реплику, но так как совместные усилия мои и дочерей снова оказались безрезультатными,



татными, положение стало безвыходным, и я решил попробовать отсосать содержимое пузыря, поскольку он сильно подпирал переднюю брюшную стенку. Я согласовал эту манипуляцию с дочерьми и под местной анестезией пунктировал пузырь. Под большим давлением отсосал около 100 мл гноя.

Назначил большой антибиототики, строгий постельный режим, постоянно холод на живот. На следующий день больная с большим удовлетворением сообщила о своем хорошем самочувствии.

Обдумывая ситуацию с этой больной, я пришел к выводу, что снятие напряжения при нагноительном процессе обрывает последний. Эта история болезни стала знаком для выделения гипертензионного процесса в ряду заболеваний желчных путей и декомпрессии для **обрывания** этого процесса.

В развитие этих идей в 1959 году я сделал доклад «О желчной гипертензии» на заседании Горьковского хирургического общества, в 1964 году в докторской диссертации изложил разработанную теорию желчной гипертензии, а в 1973 году эта теория стала основой монографии<sup>1</sup>.

В настоящее время холецистостомия как самостоятельная операция не применяется. Распространение получила лапароскопическая (пункционная) холецистостомия как подготовительный этап радикальной операции у стариков преклонного возраста. После стихания острых явлений производится радикальная операция без удаления декомпрессионной трубки из желчного пузыря.

Превентивная холецистостомия не ухудшает условий второго этапа. По мнению многих авторов двухэтапная операция увеличивает возможность радикального лечения и снижает послеоперационную летальность.

#### **2.4.2. Идеальная холецистолитотомия (ИХЛТ)**

Книга С.П. Федорова «Желчные камни и хирургия желчных путей» (первое издание — 1918 г., второе — 1934 г.) в течение всех последующих лет (и сегодня тоже) является настольной книгой любого хирурга, всерьез занимающегося билиарной хирургией.

В процессе моей научной работы на протяжении 55 лет мне десятки раз приходилось обращаться к этой книге и как к справочнику, и как к богатому идеями руководству.

Среди множества бесспорных истин, заложенных в книге, встречаются, хотя и редко, сомнительные утверждения, не отвечающие историческому развитию хирургии желчных путей.

Дело в том, что к моменту повторного выхода книги (1934 г.) такая операция как ИХЛТ с удалением камня и швом стенки желчного пузы-

---

<sup>1</sup> Королев Б.А., Ликовский Д.Л., Грудинская И.Н. Холецистостомия при остром холецистите. М.: Медицина, 1973.

ря, была полностью отвергнута ведущими хирургами-гепатологами (Г. Кер, Ф. Ридель, В. Керте). С.П. Федоров допускал такую операцию при соблюдении ряда условий: «воспалительные изменения стенок пузыря должны быть ничтожны, пузырный проток не изменен и свободно проходим, а в пузыре одиночный или в малом числе большие камни. С такими благоприятными условиями можно встретиться только при застойном пузыре с радиарным камнем или случайно с камнями в желчном пузыре, не дававшими еще клинических проявлений, когда лапаротомию делают по поводу какого-либо другого заболевания» (С.П. Федоров, с. 285).

Совершенствование техники ХЭ за последующие 60 лет достигло такой степени, что удаление малоизмененного желчного пузыря с одним-двумя крупными камнями не составляет труда для любого хирурга средней квалификации.

Техническая доступность ХЭ, твердая убежденность в том, что образовавшийся однажды камень в пузыре неизбежно повторится, подвигло хирургов на неприменную ХЭ во всех случаях, в которых обнаруживается холецистолитиаз.

Ухирургов при этом не возникал телеологический вопрос: «Зачем?»

Но вот на фоне хирургического мышления, развивающегося в сторону щадящих малотравматичных операций, появились методы химического растворения, ультразвукового дробления камней непосредственно в желчном пузыре с последующим изгнанием осколков.

Эти методы категорически противоречили устоявшимся теоретическим канонам и практике хирургического лечения в том, что желчный пузырь — это производитель камней.

Зато эти методы безопасно освобождали больного от риска операции, а о будущих через 10—20 лет рецидивах можно подумать после их возникновения.

В настоящее время нетрудно исполнить требования С.П. Федорова для идеальной операции. Единственное добавление — это обнаружение камня в желчном пузыре при ультразвуковой эхографии по разным поводам. В самом деле: больной получает заключение по УЗИ, в котором значится наличие камня в желчном пузыре.

Обеспокоенный этим обстоятельством, больной обращается к хирургу за консультацией. Что должен ответить хирург? 15—20 лет тому назад он бы посоветовал больному оставить все как есть и не тревожиться понапрасну или предложил бы удаление желчного пузыря, несмотря на отсутствие клинических проявлений.

Сейчас положение изменилось. Наличие камня в желчном пузыре будет тревожить больного долгие дни с появлением специфического комплекса. Он займется растворением и изгнанием измельченного камня.

А между тем, идеальная холецистолитотомия **абсолютно безопасна** и менее нагрузочна для больного по сравнению с химией и ультразвуком.

В настоящее время **показания** к этой операции следующие:

1. случайно обнаруженные при УЗИ 1—3 крупных камня;
2. обнаруженные во время лапаротомии по другому поводу 1—3 крупных камня без признаков холецистита;
3. **условия**: достаточное опорожнение желчного пузыря (уменьшение объема более 50%), определенное с помощью холецистографии или УЗИ;

**противопоказания**:

1. множество мелких камней;
2. наличие камней в желчном пузыре при клинической картине ЖКБ и холецистита;
3. недостаточная выделительная функция желчного пузыря даже при наличии единичного крупного камня.

Сочетание условий для идеальной операции встречается редко, но это давно исключенная из хирургического обихода операция начинает вписываться в строй операций при камнях желчного пузыря.

ИХЛТ противопоказана при наличии клинической картины ЖКБ, т.е. приступа. Я привожу ее здесь только потому, что в настоящее время изменились взгляды на эту операцию. Целесообразно при этом вспомнить слова Кера: **«Носить камень в желчном пузыре не то же, что носить серьгу в ухе»** (1913 г.).

# Глава XIII. Заболевания брюшной полости, сопровождающиеся ее острым воспалением (перитонит, панкреонекроз, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки)

## 1. Перитонит

В 1995 г. в Москве состоялся 1-й Московский Международный конгресс хирургов с программным вопросом: «Перитонит» и «Панкреонекроз». Все авторские ссылки относятся к этому конгрессу.

Острый перитонит — заболевание, которое в любом качестве является абсолютным показанием к экстренной операции.

Классификация острого перитонита определяется многими факторами: этиология, локализация, бактериальная флора, стадия развития процесса.

В основном перечисленные характеристики воспаления брюшины отражают общее мнение хирургов. Когда же речь идет о распространенности и отграничении процесса, начинается разноречивое толкование.

Есть два бесспорных термина: перитонит общий и местный. Общий — когда в процесс вовлечена вся брюшина, местный — когда воспаление ограничено этиологическим местом. Но понятия «отграниченный», «разлитой», «диффузный», «распространенный» трактуются хирургами по-разному.

Это приводит к разночтению результатов и большой путанице в статистике. Например, одни хирурги поражение двух этажей (желчный перитонит с затеком в правую подвздошную область) считают отграниченным, другие — разлитым, третьи — диффузным, четвертые — распространенным. В результате статистические данные пестрят цифрами летальности от 10 до 60%.

По мнению Г.Л. Ратнера<sup>1</sup> следует оставить два термина:

1. **местный** (локализация в зоне поражения);
2. **общий** с перечислением в диагнозе **всех** областей, захваченных процессом.

На этом конгрессе многие докладчики употребляли термины — разлитой, диффузный, распространенный. Но и через 5 лет вполне целесообразная классификация Г.Л. Ратнера не стала общепотребительной.

Летальность при распространенном (общем) перитоните остается высокой.

<sup>1</sup> Ратнер Г.Л. Четкая классификация — эффективное лечение//1-й Московский Международный конгресс хирургов: Тезисы докладов. М., 1995, с. 5—6. Все дальнейшие ссылки относятся к докладом на этом конгрессе.

Целенаправленная методика лечения острого перитонита заключается в принципиальном изменении основы. Вместо пропагандируемых в 60—70-е годы дренирования, одномоментного лаважа в передовых клиниках Москвы, Санкт-Петербурга и других городов стали применять так называемые **этапные лапаростомии** с открытым, закрытым и полузакрытым ведением послеоперационного периода. По мнению докладчиков (М.И. Кузина с соавт., Б.К. Шуркалина с соавт. и многих других) летальность по сравнению с контрольным периодом удалось снизить на 10—15%.

Как правило, этапная лапаростомия сочетается с энергичной антибиотикотерапией под бактериологическим контролем и экзогенной детоксикацией (гемосорбция, плазмоферрез) и даже аппаратом «вспомогательная печень» с включением в схему ксеноселезенки.

Впервые на этом форуме остро был поставлен вопрос о состоянии тонкой кишки.

Многие хирурги (Н.Н. Каншин, Н.А. Баулин и др.) применяют **промывание** тонкой кишки и ее дренирование с помощью двухпросветного зонда с последующей энтеросорбцией.

В некоторых докладах прозвучало включение в комплекс лечения дренирования грудного лимфатического протока, лимфосорбции и введения антибиотиков в лимфатическое русло через периферический лимфоузел (Ю.Е. Выренков, А.Ю. Анисимов, С.В. Петров, И.В. Ярема, Н.А. Ефименко — все докладчики с соавт.).

Повсеместное развитие лапароскопической техники инициировало вмешательство лапароскопа при гнойном перитоните (А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин с соавт.). Эти авторы имели цель доказать, что с помощью лапароскопической техники можно успешно лечить перитонит. Однако эти публикации оставляют впечатление, обратное задуманному. Во-первых, авторы отвечают на вопрос, **можно ли**, но не дают ответа на вопрос, **нужно ли**, а это, между прочим, главный вопрос в хирургии.

1. Они не описали **показания** к методу, хотя и объявили абсолютное противопоказание — выявление плотного инфильтрата, не поддающегося разделению тупфером.
2. В операциях как раз фигурировали в основном примеры с местным перитонитом.
3. Для эвакуации экссудата авторы применяли сложные манипуляции с операционным столом, наклоняя его в разные стороны (вверх, вниз, вправо, влево).
4. Авторы указывают на то, что инфильтрация тканей мешает выполнению лапароскопической техники.

Сами авторы предложения предусмотрели столько отрицательных моментов, что такая методика не соблазнит практического хирурга.

По-видимому, лечение перитонита всегда будет начинаться с широкой лапаротомии, **полным** обзором всех карманов брюшной полости и удалением инфицированного экссудата, а также фибриноз-

ных наложений (чего нельзя сделать при лапароскопии). При любом распространении перитонита преимущества имеет лапаротомия.

Эндоскописты показали, что они могут ушить прободное язвенное отверстие до 3-х мм в диаметре. Ну и что? А если язва калезная? А если предполагается более радикальное вмешательство — иссечение язвы и ваготомия? (В.Т. Зайцев с соавт.)

Неужели при лапароскопии хирург будет рассекать малый сальник и разворачивать ДПК, чтобы исключить перфорацию второй язвы на задней стенке?

**Вообще, эти сверхсложные операции с лапароскопом не для экстренной хирургии перитонита.**

К сожалению, приходится констатировать, что распространенный перитонит (общий перитонит по Г.Л. Ратнеру) — это тяжелое заболевание, как правило, приводящее к смерти, но если на пути его развития встанет хирург со всем арсеналом хирургических средств, то летальность снизится более чем вдвое.

На этом успехи хирургии перитонита исчерпаны. Поэтому в экстренной хирургии главной задачей является **предупреждение** перитонита, в виде операции до развития распространенной инфекции брюшной полости и более тщательного исполнения шовной части операций на желудочно-кишечном тракте.

Поскольку диагностика местного и общего перитонита достаточно хорошо известна каждому хирургу (боли локальные и разлитые в животе, высокая температура и лейкоцитоз, а главное — положительный симптом Блюмберга, который никогда, за редким исключением, не подводит хирурга), то становится очевидной тактика: лапаротомия тотчас же после установления диагноза перитонита, даже если не уточнена его природа.

Операция в первые **часы** при общем перитоните позволяет удалить источник болезни и провести эффективные мероприятия по детоксикации. В этих случаях летальность будет зависеть от глубины и распространенности первичной патологии.

Не следует терять время на подготовку больного к операции — ее следует начать непосредственно на операционном столе и по ходу операции: лишние часы нахождения инфицированного экссудата в брюшной полости чреваты нарастанием бактериальной загрязненности.

Важным моментом операции в любые сроки является удаление экссудата, эвакуация содержимого тонкой кишки и постоянное назо-еюнальное (или энтеростомическое) дренирование.

Экстракорпоральная детоксикация вплоть до плазмоферреза, гемо- и лимфосорбции является неременной составной частью ведения послеоперационного периода.

Наличие остаточного экссудата; выявляемого рентгенологически, или выявление симптомов перитонита является показанием к релапаротомии.

Послеоперационные осложнения в виде расхождения швов и последующего общего перитонита остались наиболее тяжелой и плохо поддающейся лечению формой перитонита. По уровню плохих исходов последствия этого осложнения вполне сравнимы с летальностью при перфорации опухоли толстой кишки.

При появлении симптомов раздражения брюшины на 2—3 день послеоперационного периода хирург *надеется*, что имеет место парез кишечника, что вот-вот начнут отходить газы и все «рассосется». А между тем, еще в 50-е годы Финстерер писал, что *отсутствие перистальтики* через 36 часов после резекции желудка является показанием к релапаротомии. М.И. Кузин говорил, что если вы *подумали* о релапаротомии, то вы уже опоздали минимум на сутки.

Всевозможные консервативные мероприятия при расхождении швов на желудке или кишке (холод, эвакуация жидкости, антибиотики, гемосорбция и т.п.) не эффективны. Спасти этими методами можно лишь отдельных больных, и каждый раз благополучный исход кажется случайным. Некоторые хирурги ссылаются на неоперативный метод лечения прободной язвы по методу Тейлора (постоянное отсасывание желудочного содержимого). Однако неуправляемость этого метода делает его в высшей степени рискованным.

При подозрении на расхождение швов в первые дни после операции наиболее рациональным действием является *релапаротомия*, которая в условиях современного обезболивания представляется наименее опасной.

Реальная опасность (не самой релапаротомии, а исхода лечения) появляется при запоздалой релапаротомии.

Динамика развития и лечения острого гнойного перитонита.

Имеется возможность сравнения методов лечебного воздействия при перитоните с интервалом в 6 лет (1989—1995 гг.). Передо мной два сборника тезисов:

1. Актуальные вопросы абдоминальной хирургии/VII Всероссийский съезд хирургов. Л., 1989;
2. 1-й Московский Международный конгресс хирургов: Тезисы докладов. М., 1995.

На обоих форумах программа была почти идентична. В 1989 г. первым вопросом повестки дня был перитонит, вторым — механическая желтуха; в 1995 г. первым вопросом был также перитонит, вторым — панкреатит, а третьим, опять же, механическая желтуха.

Многие авторы докладов выступали на обоих форумах, поэтому имеется возможность не только сравнить общую ситуацию лечения перитонита (и панкреатита тоже), но и проследить за динамикой взглядов хирургов.

**Перитонит.** В 1989 г. основное внимание хирурги уделяли способам детоксикации (плазмоферрезу, экстракорпоральной перфузии через ксеногенную селезенку, гемосорбции, дренированию ГЛП и лимфосорбции, введению лекарственных веществ через аорту и эндо-

лимфатически). Поскольку на VII съезде в программе проблема деструктивного панкреатита отсутствовала, некоторые хирурги свои материалы по этой теме представили в разделе *перитониты*. В качестве примера приведу доклад Г.И. Веронского и его сотрудников: на VII съезде он совместно с С.П. Штофаном и другими сотрудниками кафедры представили материал по 164 оперированным больным с деструктивным панкреатитом. У 134 больных выполнена гемосорбция, у 42 — дренаж ГЛП + гемосорбция. Точно так же изложил свой материал по гнойным осложнениям острого панкреатита К.Д. Тоскин с соавт.

Среди докладов в 1989 г. были единичные сообщения о многократных санациях брюшной полости (В.К. Гостищев с соавт., Б.К. Шуркалин с соавт.), экстракорпоральном подключении ксеноселезенки, об активной аспирации содержимого кишечника, экстракорпоральном облучении крови УФО и лазером, а также лазерном облучении брюшной полости, сочетании гемосорбции и дренирования ГЛП.

В 1995 г. Г.Л. Ратнер подверг ревизии классификацию перитонитов, а М.И. Кузин с соавт. обобщил свое ранее многократно высказанное предложение об этапном программированном промывании брюшной полости. Именно этот метод звучал во многих докладах (Б.К. Шуркалин с соавт., А.К. Ерамишанцев с соавт., В.К. Гостищев с соавт. и многие другие), в ряде докладов анализируется лечение энтеральной недостаточности (кишечный лаваж, декомпрессия, энтеросорбция), несколько докладов посвящены различными классификациями перитонитов. Отдельные доклады были посвящены комплексному лечению перитонитов, включающему лапаростомию, гемосорбцию, лимфосорбцию, ксеноперфузию селезенки, облучение УФО аутокрови, энтеросорбцию, антиоксидантную терапию.

Оригинальное сообщение сделал И.В. Ярема с соавт. о переливании донорской лимфы. Переливалась нежирная свежее заготовленная центральная лимфа со скоростью 60 кап./мин и жирная лимфа со скоростью 15—20 кап./мин. По-видимому, это сообщение о переливании донорской лимфы 123 больным было первым в отечественной литературе. Авторы свидетельствуют, что в изучаемой группе летальность уменьшилась в 2 раза.

Другой новинкой было «проточное дренирование» ГЛП (эндолимфатическое введение лекарств при дренированном ГЛП) — Н.А. Ефименко с соавт.

Был представлен доклад (А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин с соавт.) о лапароскопических операциях при лечении перитонита: в 14-ти операциях по поводу аппендицита флегмонозный аппендицит был у 12-ти, гангренозный — у 2-х; местный перитонит был у 10-ти, диффузный — у 3-х и разлитой — у 1-го больного. Доклад этих солидных авторов вызывает не только недоумение, но и протест: зачем усложнять операцию аппендицита? Зачем крутить операционный стол для осушивания брюшной полости?



Великие хирурги — Август Бир, Сергей Петрович Федоров, Фердинанд Зауэрбрух в 20-е годы, когда одним из «признаков времени» была хирургическая мода, призывали хирургов проявить элементы телеологического мышления — всегда в практической работе отвечать не только на вопросы: «Как?» и «Почему?», но обязательно на вопрос: «Зачем?».

Направление современной хирургии имеет четко выраженную тенденцию к уменьшению сложности операций и снижению их риска даже за счет отказа от одномоментных радикальных вмешательств. При всем нашем восхищении от внедрения новых технологий будем надеяться, что все новшества будут иметь целесообразные границы.

## 2. Панкреонекроз

В 1995 г. в Москве проходил 1-й Московский конгресс хирургов с тематикой «Острый панкреатит». Эти данные дают представление о современном состоянии вопроса.

«В основе острого панкреатита, независимо от преобладающей протеазной или липазной аутоагрессии, определяющей геморрагический или жировой характер поражения поджелудочной железы (ПЖ), лежит ферментный некроз ацинарной паренхимы — фокальный внутриклеточный, ацинарный, лобарный или крупномасштабный с вторичными локальными сосудистыми, интерстициальными местными или системными изменениями, определяющими функциональную недостаточность внутренних органов и многообразие клинических проявлений заболевания» (Титова Г.П., Пермяков Н.К. К морфологии панкреонекроза и панкреатогенного шока//1-й Московский Международный конгресс хирургов: Тезисы докладов. М., 1995, с. 155—156).

В этом длинном абзаце определена сущность панкреонекроза — заболевания, имеющего такую же пессимистическую историю, как и распространенный перитонит.

Авторы доклада представили свою классификацию панкреонекроза:

1. диффузно-мелкоочаговый;
2. крупноочаговый и субтотальный панкреонекроз;

различия в каждой форме — геморрагический, жировой и смешанный типы.

Согласно данным этих известных патологоанатомов (специально занимающихся экстренной патологией брюшной полости) среди 282 умерших больных почти каждый больной (84%) проходил стадию панкреатогенного шока; перитонит отмечен в 51,3%, плеврит — 27,35%, перикардит — 7%, острые легочные повреждения в 83% и другие осложнения, каждое из которых могло послужить причиной смертельного исхода. Тромбогемаррогические осложнения в виде локализованного внутрисосудистого свертывания и геморрагии были обнару-

жены во всех случаях геморрагического и смешанного панкреонекроза независимо от масштабов деструкции.

Каково происхождение панкреонекроза?

По данным иностранных источников наиболее частой основой острого панкреатита (ОП) является хронический алкоголизм (26—58%). Среди причин ОП в нашей стране хронический алкоголизм занимает далеко не первое место. Главной причиной, по мнению большинства хирургов, является ЖКБ в виде патогенетической связки (неврогенной, лимфатической, сосудистой) при патологических состояниях желчного пузыря и поджелудочной железы (ПЖ) и, особенно, при патологии концевого отдела желчных путей с желчной гипертензией.

ОП возникает при сочетании раздражения блуждающего и чревного нервов с гиперсекрецией панкреатического сока и гипертензией (первичной и вторичной) в протоках ПЖ.

В литературе велась многолетняя дискуссия о значении рефлюкса желчи в панкреатический проток. С одной стороны, модель экспериментального острого панкреатита предусматривает введение желчи в панкреатический проток; но, с другой стороны, множество ЭРХПГ и ОХгр с проникновением контрастного вещества в панкреатический проток не сопровождаются ОП.

Рефлюкс желчи в панкреатический проток становится результатом в тех случаях, когда к этому моменту секреторная деятельность ПЖ получила достаточно мощный стимул.

Какой же вывод можно сделать из этих противоречивых фактов?

Полагаю, что обнаружение рефлюкса является сигналом к принятию превентивных мер предосторожности. В момент констатации рефлюкса мы не знаем, какова секреторная «заряженность» ПЖ, и, следовательно, можно предполагать обозначенное выше сочетание и развитие ситуации по неблагоприятному сценарию.

Не проясненным с давних лет остался вопрос о связи желчного перитонита без перфорации и ОП. По-видимому, следует согласиться с Т.В. Шаак, что в этих случаях пропотевание желчного экссудата идет ретроградно через гипертензию в панкреатическом протоке.

Логическое рассмотрение патогенеза ОП приводит к выводу о неперенном наличии следующих моментов:

1. Гиперсекреция, вызываемая пищевыми раздражителями (обильная еда, алкоголь).
2. Препятствие оттоку секрета:
  - а) камни и стенозы главного панкреатического протока;
  - б) камни ампулярной части протока;
  - в) воспаление и рубцовый стеноз концевого отдела желчных путей при наличии общей ампулы.
3. Поражение паренхимы ПЖ:
  - а) нарушение кровоснабжения;
  - б) тромбэмболия;

- с) аллергическое поражение;
- d) системная интоксикация и инфекция (паротит!);
- e) травмы, в том числе операционные.

Для рассмотрения сущности патологии необходимо снова вернуться к терминологии.

Г.П. Титова и Н.К. Пермяков в своем анализе ни разу не употребили слово **панкреатит**; они все время вели речь о панкреонекрозе. Именно **некроз** поджелудочной железы приводит к тяжелым осложнениям.

Если панкреатит не выходит за рамки **отека** железы, то обычно все заканчивается благополучно. Следовательно, все классификации, суммирующие в одной группе отеки и некрозы, не дают представления об истинном состоянии вопроса.

Есть хорошие классификации панкреатитов по этиологическому признаку:

1. холецистогенный (холецистопанкреатит),
2. билиарный,
3. контактный,
4. посттравматический.

В этих категориях все ясно. Что касается иммунозависимой или ангиогенной формы, то они выявляются или предположительно, или на аутопсии.

Странность **терминологии** этого заболевания заключается и в том, что в начале процесса — воспалительного компонента нет — он идет по асептическому типу. Более того, активные ферменты ПЖ (трипсин, амилаза, липаза и др.) **уничтожат** любые микроорганизмы, которые оказались бы в ацинарной или соединительной ткани ПЖ в начале болезни. Инфекция присоединяется после оформления очагов некроза.

Между прочим, в англоязычной литературе слово **панкреатит** употребляется повсеместно, а в немецкой литературе обобщенным термином вне зависимости от формы (отек, некроз) является **панкреонекроз** (ПН), при этом полагают, что отек — иногда является началом панкреонекроза. К сожалению, хирурги в своих исследованиях не всегда дифференцируют степень поражения, что искажает статистику и взаимную ориентировку хирургов.

Тем не менее, в обсуждении хирургической помощи при ПН появились элементы нового.

Местное воздействие:

1. срочная эндоскопическая папиллотомия при ущемленном в папилле камне;
2. аспирация панкреатического сока и экссудата с помощью этапных лапаротомий;
3. эндоваскулярная терапия (введение в протоки ПЖ ингибиторов протеаз);
4. экстракорпоральная детоксикация (гемосорбция, плазмоферез, лимфосорбция);

5. эндолимфатическое введение лекарственных препаратов;
6. удаление панкреатического выпота и дренирование с помощью лапароскопии;
7. применение в ранних стадиях мощных ингибиторов (сандостатин и др.);
8. декомпрессия желчных путей.

Наибольшие успехи пришлись на острый холецистопанкреатит и билиарный панкреатит.

Так, например, в нашем докладе фигурируют цифры летальности от 25—27% при разных формах ПН — от мелкоочагового до субтотального (резекция) и до 50% при паллиативной операции (дренирование, марсупиализация). При билиарном панкреатите летальность составила 14,1%.

По мнению большинства авторов современные методы лечения ПН связаны с адекватным дренированием, ожиданием оформляющегося некроза (очаговый, субтотальный) с этапными релапаротомиями как при распространенном перитоните с удалением гноя и секвестров, частичной резекцией железы при региональном некрозе и экстракорпоральными способами борьбы с интоксикацией.

По мнению И.В. Яремы, лучшим методом экстракорпоральной детоксикации является лимфосорбция. Особенность заготовленной для реинфузии лимфы состоит в том, что клетки ее на 90% представлены лимфоцитами, в белковых фракциях преобладают альбумины ( $a/\gamma = 2$ ), а концентрация жира после приема жирной пищи может достигать 55 г/л.

Современная первичная диагностика ОП базируется на типичной клинической картине и гиперамилазурии. Уточненная диагностика достигается с помощью лапароцентеза с исследованием амилазы экссудата, лапароскопии или лапаротомии.

Примерно 45—50 лет тому назад ОП был весьма редким заболеванием. Если во время экстренной операции в брюшной полости ничего не обнаруживалось, выставлялся диагноз ОП, хотя ПЖ была совершенно не изменена. В настоящее время, когда ОП стал рядовым диагнозом (по данным группы казанских хирургов — В.Ф. Чикаев с соавт.: за последние 20 лет заболеваемость ОП выросла в 40 раз и составляет от 4 до 11,8% среди больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости), и клиническая, и лабораторная диагностика перестали быть проблемой, тем более с помощью УЗИ, КТ, лапароскопии.

Среди теоретических выводов практических хирургов выделяется концепция Г.И. Веронского и С.Г. Штофина<sup>1</sup>. Эти авторы считают, что существуют две основные формы ПН:

<sup>1</sup> Веронский Г.И., Штофин С.Г. Хирургическая тактика при остром панкреатите//1-й Московский Международный конгресс хирургов: Тезисы докладов. М., 1995, с. 181—183.

1. Внезапная гипертензия в системе панкреатических протоков. При этой форме события развиваются медленнее и характеризуются сбросом панкреатического сока в лимфу и кровь с развитием ферментной токсемии.
2. При первичном некрозе происходит распад ацинарных клеток с поступлением ферментов в окружающую клетчатку и перитонеальный выпот.

Возможно сочетание обеих форм.

Патогенетическим лечением гипертензионной формы будет снятие гипертензии путем восстановления свободного оттока панкреатического секрета или снижения эндокринной функции ПЖ.

Принцип лечения второй формы повторяет все предложения других авторов: лапаротомия, дренирование, постоянное промывание забрюшинного пространства, секвестрэктомия; резекция железы в исключительных случаях (субтотальный некроз). Выделение гипертензионной формы представляется весьма целесообразным. Будучи частью общей теории гипертензии, она является главным показанием к экстренной операции.

При многих заболеваниях, требующих экстренного вмешательства (острая кишечная непроходимость, ущемленная грыжа, желчная и почечная колики, острый обтурационный холецистит, тромбоз сосудов), источником интоксикации является **приводящий** участок, подверженный гипертензии органа. В разных обстоятельствах гипертензия приводит к сосудистым расстройствам, а при панкреонекрозе — к вредоносному действию активных ферментов в паренхиме и строме ПЖ.

## 2.1. Панкреатиты и двенадцатиперстная кишка

В патологии панкреатитов определенную роль играет двенадцатиперстная кишка (ДПК) — довольно сложный и несколько загадочный орган. Являясь частью кишечной трубки, эта кишка имеет много специфических функций, связанных с ее строением.

1. Она имеет прямую связь с желчной системой и в то же время отделена от нее мощным сфинктером Одди. Еще в 1936 году Н.И. Лепорский назвал этот комплекс гепатопанкреатодуоденальной системой; термин сохранился до наших дней и получил законное патогенетическое звучание.
2. В двенадцатиперстной кишке мощная мышечная система, состоящая, главным образом, из поперечных циркулярных мышц. Анатомически в двенадцатиперстной кишке различают 3 отдела: верхний и нижний горизонтальные, относительно подвижные, и средний — вертикальный, фиксированный на желчном протоке и ПЖ. Каждый из этих отделов обладает сфинктером: в верхнем — бульбодуоденальный, в среднем — медиодуоденальный и в нижнем — сфинк-

тер Окснера. Циркулярные мышцы двенадцатиперстной кишки создают постоянную перистальтику, а «игра» сфинктеров способствует продвижению пищи.

По сравнению с другими отделами кишечника двенадцатиперстная кишка сочетает в себе механическую и секреторную функцию. Именно здесь пища подвергается наибольшей химической обработке.

Мощное оснащение ДПК двигательными и секреторными нервными окончаниями (блуждающего, симпатического и вегетативного нервов) определяет реакцию двенадцатиперстной кишки на различные механические и химические раздражители.

По-видимому, самым мощным сфинктером двенадцатиперстной кишки является сфинктер Окснера: при остром обтурационном холецистите в виде «дистанционного» раздражения, при ОП в виде контактного раздражения задней стенки наступает длительный спазм сфинктера Окснера. Одновременно с этим, скорее всего вследствие раздражения секреторных нервов, происходит обильное отделение желчи и панкреатического сока с резким возрастанием давления в двенадцатиперстной кишке, т.е. дуоденальной гипертензией; по-видимому, преимущественно возбуждение идет по симпатическим нервам — привратник зияет, и накапливающийся в двенадцатиперстной кишке желчно-панкреатический сок, не имея выхода в тонкую кишку (спазм сфинктера Окснера), устремляется вверх в желудок и извергается в виде обильной желчной рвоты, характерной для ООХ и еще более характерной для ОП. Отсутствие рвоты делает диагноз ОП сомнительным.

Создающаяся дуоденальная гипертензия при ОП таит в себе ряд неприятностей. Дело в том, что гидростатическое давление в двенадцатиперстной кишке достигает 600—700 мм водяного столба, а сфинктер Одди при благополучной его функции максимально удерживает напор жидкости в 700 мм водяного столба. Если состоится нарушение этого соотношения (очень сильная дуоденальная гипертензия или ослабленный сфинктер Одди), то произойдет дуоденобилиарный рефлюкс. С.П. Федоров и его ученик С.П. Иконников в 1915 году предположили возможность именно такого пути инфицирования желчных путей.

Обильная желчная рвота способствует снижению давления в двенадцатиперстной кишке, однако дальнейшее накопление жидкости в двенадцатиперстной кишке вновь повышает давление и вновь включает порочный круг патологического процесса.

Вот почему при ОП в высшей степени желательно **постоянное отсасывание** жидкости из двенадцатиперстной кишки. К сожалению, простое пассивное нахождение зонда в желудке не дает максимального эффекта: для его достижения нужно **активное постоянное отсасывание из желудка**, при котором создается вакуум-эффект и отхождение жидкости.

Из арсеналов лечебных мероприятий не исчезла локальная желудочная гипотермия, но не в виде «замораживания» железы жидким азотом и т.п., а введения в желудок некоторого количества (около 1 литра) охлажденной воды и последующего ее удаления активным отсасыванием.

Подавляющее большинство хирургов считают обязательным снятие желчной гипертензии либо с помощью холецистостомии, либо постоянным трансназальным дренированием после ЭПСТ.

Большинство хирургов сдержанно относятся к резекции ПЖ в начале заболевания до формирования очагов некрозов.

Из докладов на Международном Московском конгрессе 1995 года стало очевидным, что исходы панкреонекроза в большой степени зависят от темпа развития болезни, быстроты оказания необходимой помощи в снятии шока и интоксикации, правильного выбора времени оперативного вмешательства и его объема.

Существуют, конечно, случаи тотального панкреонекроза, когда любые мероприятия оказываются неэффективными; но существует также достаточное количество процессов, когда летальный исход связан с поздней диагностикой, поздним оказанием необходимой помощи и неадекватной операцией. Летальность может снизиться как раз за счет уменьшения подобных случаев, что в современных условиях вполне реально.

Панкреонекроз — прогрессирующее заболевание во многих отношениях. В частности, резким ростом числа заболевших, темпом нарастания тяжести заболевания, распространением некрозов по железе, быстрым возникновением полиорганной недостаточности, быстрым возникновением инфекционных осложнений вплоть до перитонита.

И на VII съезде хирургов в 1989 г. с программой «Перитонит» и на 1-ом Московском Международном конгрессе в 1995 г. с программой «Перитонит» и «Панкреатит» и на IX Всероссийском съезде хирургов в сентябре 2000 г. в Волгограде с программой «Панкреонекроз» в многочисленных докладах ставились вопросы диагностики, оказания первичной помощи и пролонгирующего лечения.

Сравнивая десятки докладов на этих форумах, каждый хирург получает достаточно полное представление о состоянии вопроса. Вместе с тем, становится очевидным весьма трудное продвижение по пути снижения высокой летальности при панкреонекрозе. Как правило, на основании представленных докладов трудно оценить истинных успех. Мне кажется, что одной из главных причин этого является нечеткость классификаций и объективного определения тяжести заболевания (уровня патологического повреждения и осложнения).

Определенную попытку упорядочивания опорных моментов предпринял коллектив кафедры РГМУ под руководством академика В.С. Савельева. Они представили IX съезду хирургов РФ проект стандартов

диагностики и лечения, основанных на собственном опыте и сборной статистике хирургов РФ.

Свою задачу они определили как выяснение состояния проблемы. И хотя по сути своей проект повторяет суммарные данные хирургов всей России, следует отметить основной положительный факт — стандартизацию методов диагностики и лечения.

Поскольку этот проект в основном отражает состояние проблемы, я приведу выдержки из него, которые показались интересными и неординарными.

### **Описание проблемы**

Анкетирование ведущих хирургических клиник Российской Федерации показало отсутствие единого стандартизированного подхода к классификации, диагностике, оценке тяжести состояния, различных направлений интенсивной терапии и хирургического лечения больных с деструктивным панкреатитом.

Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет. Больные с острым панкреатитом составляют 5—10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15—20% наблюдений развитие острого панкреатита носит тяжелый деструктивный характер. У 40—70% больных панкреонекрозом происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Именно эта категория больных представляет наиболее проблемную в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах группу больных.

Результаты лечения этой категории больных остаются неутешительными. Так, в Российской Федерации в 1995, 1996, 1997 годах смертность от острого панкреатита составила, соответственно, 1,94; 1,98; 2,08 на 1000 чел. населения. При этом в 1996—1997 гг. послеоперационная летальность при остром панкреатите без дифференциации его клинических форм достигала 23,6%, а по Москве за 1998 год — 26,0%. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляет 80%. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный выбор консервативной и хирургической тактики.

### **Осложнения острого панкреатита:**

1. перипанкреатический инфильтрат;
2. инфицированный панкреонекроз;
3. панкреатогенный абсцесс;
4. псевдокиста: стерильная, инфицированная;
5. перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный;
6. септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, тазовой;
7. механическая желтуха;
8. аррозивное кровотечение;
9. внутренние и наружные дигестивные свищи.



## **Диагностика острого панкреатита**

Для повышения качества диагностики и определения прогноза при остром панкреатите, прежде всего, необходимо комплексное инструментальное обследование, включающее данные ультразвукового исследования (УЗИ), органов забрюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию, различные виды компьютерной томографии (КТ), а также определение активности панкреатических ферментов в крови, моче и перитонеальном экссудате.

Диагноз должен быть верифицирован в течение первых двух суток госпитализации больного в хирургический стационар.

Предлагаемый в проекте комплекс диагностики острого панкреатита весьма сложен. С полной ответственностью заявляю, что перечисленные комплекс, верифицирующий диагноз доступны только мощным больничным учреждениям, оснащенным всей перечисленной аппаратурой и специалистами.

В 1,5-миллионном Нижнем Новгороде имеется 17 хирургических отделений, в которые госпитализируются больные с панкреонекрозом, и только в одном учреждении имеется действующий КТ — это специальное учреждение — диагностический центр **без стационара**.

Невозможно себе представить, чтобы больного с панкреонекрозом по несколько раз в неделю возили через весь город (15—20 км) для КТ!

Авторы проекта представили диагностические потребности и возможности, которые повсеместно осуществляются не раньше, чем через 7—10 лет!

К сожалению, верификация диагноза замыкается на наличие дорогих импортных инструментов, и совершенно нет того клинического анализа, который вынуждены использовать хирурги малых районных и городских больниц в РФ. Так же, как и в других специальностях, практически забыты методы анамнестического анализа и объективного обследования. Надо ли утверждать, что хорошее знакомство с этими методами обеспечивает достоверный диагноз значительно более обозначенных в проекте 50%! Если бы это было не так, то число летальных исходов от недиагностированного панкреонекроза было бы значительно больше!

В целом проект стандартизации диагностики и лечения панкреонекроза является глубоко продуманным солидным документом, в котором отражено состояние мирового опыта решения этой сложнейшей проблемы. Для российских хирургов этот проект является программой усовершенствования диагноза и лечения панкреонекроза.

## **3. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки**

Хирургическое лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки насчитывает около 120 лет.

Развитие этой хирургии имело успешные периоды и продолжительные годы разочарований, и это в известной степени зависело от взглядов теоретиков на этиологию и патогенез этого заболевания.

Самой стойкой теорией была концепция *гиперацидитас*. С точки зрения этой теории язва образуется (или поддерживается) сильной переваривающей способностью желудочного сока, а она в свою очередь определяется уровнем кислотности. Ответственным за уровень кислотности считался антральный отдел желудка.

К 20-м годам XX столетия в хирургическом лечении язвы желудка (язва двенадцатиперстной кишки тогда являлась редкостью) конкурировали 2 операции — гастроэнтеростомия и резекция желудка. Бурный рост числа больных с язвами желудка во время гражданской войны и в первые послевоенные годы привел к ситуации, которую хирург Тверской уездной больницы В.В. Успенский назвал «язвенной эпидемией» (Успенский В.В., Зыкова Е.Т. На язвенной эпидемии// НХА. Т. 4, кн. 2, с. 26—31).

В.В. Успенский имел всероссийскую известность как выдающийся хирург, имеющий огромный опыт в хирургии язвенной болезни. Он произвел несколько сот гастроэнтеростомий (Г-Э) и считал эту операцию вполне излечивающей.

Его популярность как хирурга-желудочника была столь широкой, что к нему съезжались больные со всей губернии и даже из других губерний.

В связи с тем, что около больницы скапливалось большое количество крестьянских подвод, он переоборудовал амбар, в котором на ночь размещались приезжие больные. Он ежевечерне делал обход не только в больнице, но и в «гостинице», где размещались десятки больных. Именно в этом амбаре ему пришла мысль охарактеризовать состояние, которое он назвал «*Ulcus perforaturus*»<sup>1</sup>.

В настоящее время такое положение называют преперфоративным состоянием или иногда прикрытой перфорацией.

На XXIV съезде хирургов В.В. Успенский, Е.Т. Зыкова и Л.О. Гальперн изложили свои результаты гастроэнтеростомий. Летальность была невысокой по сравнению с резекцией желудка.

Какие цели преследовала гастроэнтеростомия и чего она достигала?

1. При стенозах привратника она спасала больных от истощения.
2. Непосредственное соприкосновение желудка и тощей кишки нейтрализовало желудочное содержимое.

Логически эти цели казались выполнимыми и в 60—70% операция давала хорошие результаты.

<sup>1</sup> Эта фраза означает, что язва *готовится* (!) к перфорации.

Старый земский врач В.В. Успенский был высокообразованным человеком, прекрасно знающим латынь. Слово «*perforaturus*» он трансформировал из древнего приветствия гладиаторов: «*Ave caesar — imperator, mori tui te salutant*» (Да здравствует Цезарь — император, готовящиеся к смерти приветствуют тебя).

Но Е.Л. Березов, С.С. Юдин и другие показали весьма неудовлетворительные отдаленные результаты гастроэнтеростомий (пептические язвы анастомоза и тощей кишки, желудочно-ободочные свищи, рецидивные и незажившие язвы, порочный круг («*circulus vitiosus*») и менее грозные осложнения (гастриты и т.п.)), которые омрачали статистику отдаленных результатов гастроэнтеростомий.

Следует заметить, что к 1938 г. (т.е. к XXIV съезду хирургов) теоретическая сторона вопроса была разработана недостаточно: резекция 2/3 желудка, уносящая кислотную зону, считалась исчерпывающим вмешательством.

Сравнительно небольшое количество резекций желудка не «обогатилось» рецидивами язвы, пептическими язвами анастомоза, демпинг-синдромом, как это обозначилось впоследствии. Много рецидивов язвы после последовательных резекций желудка не находило объяснения.

Так, например, Е.Л. Березов таких больных называл «стигматизированными», что можно было представить как «отмеченными печатью».

С.С. Юдин<sup>1</sup> на XXIV съезде хирургов привел случай, когда после многократной (4-й!) резекции спросил у больного, почему все-таки возникают один за другим рецидивы! И больной ответил: «Ну как же не быть рецидивам, если моя фамилия **Канцеров!**».

Терапевт О. Гордон привел аналогичный случай и тоже спросил у больного: «В чем дело?». Больной ответил, что это связано с тем, что он живет с женой как кошка с собакой!

С.С. Юдин четырежды резецировал желудок, полагая, что чем выше резекция, тем меньше влияние пептического фактора. Тогда ничего не было известно о синдроме Золлингера-Эллисона (описан в 1955 г.) — об гастриноме. Осмысливание этого синдрома позволило сделать заключение о роли опухолей поджелудочной железы, продуцирующей инсулин, в этиологии язвенной болезни. При этом концентрация гистрина в крови увеличивается в 10—20 раз.

В то же время накапливались отрицательные моменты резекции желудка (рецидивы, те же пептические язвы, синдром приводящей петли, быстрое опорожнение культи, демпинг-синдром) и появились альтернативные вмешательства (стволовая ваготомия, селективная ваготомия, ваготомия с экономной резекцией, трубчатая резекция и др.).

К сожалению, появление новых операций не сопровождалось оценкой отдаленных результатов из-за кратких сроков; но и по прошествии больших сроков (10 лет и более) не нашлось достаточного количества ученых, увлекшихся столь тяжелым трудом, как выяснение отдаленных результатов. А радикальные хирурги (С.И. Спасокукоцкий, С.С. Юдин, Е.Л. Березов) привели многосотенные статистики повторных операций после гастроэнтеростомий.

<sup>1</sup> Юдин С.С. // Труды XXIV съезда хирургов, с. 232—233.

**Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки** является одним из главных объектов хирургического лечения язвенной болезни. Отношение к этой патологии однозначное — экстренная операция. Ушивание язвы спасает больного от смерти, а в 40—50% избавляет больного от язвы.

Однако хирурги не хотели мириться со столь ограниченным результатом. Одним из первых в мире С.С. Юдин в институте им. Склифосовского начал производить резекцию желудка при прободной язве.

В довоенный период в 40-е, 50-е и особенно 60-е годы высшим достижением желудочной хирургии являлась резекция желудка на высоте прободения и кровотечения (об этом ниже). По сравнению с ушиванием прободной язвы (летальность около 1,5%) резекция давала летальность в 2,5—3 раза больше.

Но радикальные хирурги к этому относились спокойно как к показателю статистики и только; зато подавляющее большинство оперированных избавлялись не только от прободения, но и от язвенной болезни вообще.

Конечно, такой вывод впечатляет. Но как объяснить родственникам тех 3,5% умерших после операции больных, что они погибли во имя сохранения жизни и здоровья 95—97 остальных оперированных из 100? Ведь половина умерших могли остаться живыми, если бы операция ограничивалась ушиванием.

С современных позиций клиническое мышление выдающихся хирургов указанного выше периода представляется лишенным заботы о конкретном человеке, которому предложена операция. В подавляющем большинстве случаев объем операции не обговаривался ни с больным, ни с родственниками, а плачевный результат проходил по статье «статистика».

Определяя объем операции во время начавшегося вмешательства, хирург твердо мог ответить на вопросы: «Почему?» и «Как?», но перед ним не стояли вопросы: «Зачем?», «Для чего?», поскольку он не рассматривал ситуацию с точки зрения телеологического мышления<sup>1</sup>.

И все же высокие цифры летальности заставили хирургов вернуться к старой операции — ушиванию язвы. Последующие осложнения в виде стеноза, пенетрации и рецидивов не на много увеличивали риск операции по сравнению с первичной резекцией желудка.

В 1948 году академик А.Н. Бакулев доложил о первых 20-ти ваготомиях при язвенной болезни. Рассечение блуждающего нерва он производил трансторакально, поскольку при внутригрудных операциях этот нерв был виден наглядно.

<sup>1</sup> В 1966 году на заседании Волгоградского хирургического общества молодой хирург из Камышина доложил о больном, которому он выполнил ваготомию вместо традиционной резекции. Председательствующий в грубой форме сделал хирургу выговор и заявил, что при повторении подобного с него «снимут категорию».

Однако сам А.Н. Бакулев оценил свои операции резко отрицательно, что явилось не просто тормозом, а шлагбаумом для советских хирургов.

Лишь к 1973 году (XXX съезд хирургов в Киеве) собралось некоторое количество ваготомий, которые могли свидетельствовать о целесообразности этих операций. Вновь проявилась особенность организации советского здравоохранения: Главный хирург Украины А.А. Шалимов обязал периферийных хирургов обучаться ваготомии и производить ее преимущественно при язвенной болезни с тем, чтобы к съезду иметь наибольший материал!

В настоящее время проксимальная селективная ваготомия как самостоятельная операция применяется ограниченным числом хирургов. Другие хирурги все чаще находят показания к резекции желудка, преимущественно по способу Б-1.

При прободной язве в настоящее время чаще применяется иссечение с ушиванием дефекта и сопровождается стволовой поддиафрагмальной ваготомией. Иссечение язвы желудка позволяет удостовериться в отсутствии злокачественного перерождения, а в случае положительного анализа произвести резекцию желудка по поводу рака в ближайшем послеоперационном периоде.

Изменение тактики при перфорации язвы находится в русле современного клинического мышления хирургов: если раньше главной своей задачей хирург считал одномоментное оздоровление больного (расширение оперативных вмешательств до полного избавления больного от заболевания), то в настоящее время от хирурга требуются 3 основных решения:

1. Больной обязательно должен выдержать оперативное вмешательство.
2. Объем операции не должен угрожать жизни больного.
3. Если есть опасность чрезмерной травматичности операции, то лучше выполнить паллиативную операцию или разделить ее на менее травматичные этапы.

Перечисленные вопросы стоят перед хирургом при определении показаний к самой операции и ее объеме. Это касается любого оперативного вмешательства, в том числе и при прободной язве. В полной мере хирург должен воплотить завет Парацельса: «Сначала подумай, а потом уже берись за нож».

Как уже отмечалось выше, в некоторые периоды времени мышление хирургов соответствовало определенным стереотипам.

Вот как определяет выбор метода операции при прободной язве В.Г. Астапенко<sup>1</sup> в 1968 году: «Прободное отверстие язвы ушивают при

<sup>1</sup> Астапенко В.Г. Практическое пособие по частной хирургии. Минск, 1968, с. 112.

**невозможности** произвести резекцию желудка у больных с тяжелым общим состоянием больного вследствие разлитого гнойного перитонита... Ушивание прободной язвы применяется в тех случаях, когда хирург не владеет методом резекции желудка или нет условий для ее производства» (опытные ассистенты, запас крови и т.п.).

В настоящее время эта рекомендация известного хирурга оставляет странное впечатление, как будто резекция желудка при прободной язве является методом выбора, а ушивание язвы является делом молодых или «неумелых» хирургов.

Почему-то хирурги 60-х годов не думали или мало думали об острых язвах, склеротических язвах стариков, стрессовых язвах, синдроме Золлингера-Эллисона, кортикостероидных и других медикаментозных язвах и т.п. Особо следует подчеркнуть, что явление прободения воспринималось хирургами как **объективный знак агрессивности язвенной болезни**, а резекция желудка как **патогенетический способ** полного излечения.

Современная концепция хирургии вообще, а экстренной хирургии в особенности, диктует выбор **наиболее безопасного вмешательства**, не обязательно излечивающего больного, но обязательно спасающего его жизнь. Оздоровляющее вмешательство (если оно окажется необходимым) можно выполнить следующим этапом.

Итак — ушивание прободной язвы.

Следует остановиться на технике ушивания, когда по мнению хирургов 60-х годов **резекция невыполнима**.

Существуют обстоятельства, когда **простое** ушивание язвы не является лучшим вариантом. Например, при язве двенадцатиперстной кишки следует предусмотреть возможные сужения в месте ушивания, а при больших с инфильтратом язвах — прорезывание швов.

К сожалению, ни в солидных руководствах (В.Г. Астапенко, 1968; А.Ф. Скрипниченко, 1970; БМЭ, т. VIII, 1978: «Желудок, операции»; т. XXI, 1983: «Прободение, операции»), ни в справочном руководстве «Клиническая хирургия» (под редакцией Ю.М. Панцырева, 1988); ни в прекрасной лаконичной книге В.Н. Чернышева, В.И. Белоконевой, И.К. Александрова «Введение в хирургию гастродуоденальных язв» (Самара, 1993) не приведены методы ушивания язвы в отмеченных обстоятельствах. Как же должен поступить молодой неискушенный в желудочной хирургии специалист, если все указанные авторы не доверяли ему производство резекции желудка?

В своей практической работе хирурга мне приходилось встречаться с такими ситуациями и применять варианты, способствующие решению проблемы:

язва с инфильтратом: швы через все слои прорезаются; швы, накладываемые (вкол и выкол) в непосредственной близости от язвы, не гарантируют герметичность.

### **Целесообразен следующий прием:**

- a) первый вкол иглы делается на не тронутой процессом передней стенке желудка на расстоянии 3—4 см от инфильтрированной язвы;
- b) следующий вкол иглы (с той же крепкой нитью №3,4) проводится с захватом стенки желудка дистальнее первого вкола, затем делается вкол в непосредственной близости к язве, но выше инфильтрата;
- c) третий вкол иглы производится дистальнее язвы и инфильтрата.

Такие швы (числом 4—6 или больше в зависимости от размеров язвы) накладывают по единому методу, причем в процессе наложения швов они не завязываются, а берутся на держалки. После исполнения всех необходимых швов, они завязываются постепенно и последовательно, что обеспечивает герметичное пластическое закрытие перфоративного отверстия.

Для абсолютной герметичности при наложении первого и последнего шва их проводят по обе стороны инфильтрированной язвы.

Такой способ ушивания можно применять и при желудочной, и при дуоденальной перфоративной язве.

**Прикрытая перфорация.** В процессе развития прободения иногда наступает период, названный И.И. Неймарком «периодом мнимого благополучия». На какое-то время больной ощущает снижение интенсивности болей. Это может сопровождаться улучшением объективных симптомов (уменьшение тахикардии, урежение дыхания). Это вполне может быть результатом окклюзии сальником или прикрытия кишкой прободного отверстия; содержимое желудка (или ДПК) на какое-то время перестает выходить в брюшинную полость и боль может несколько уменьшиться. В этот момент и больной и врач могут подумать о благополучном завершении драматической ситуации. Опасное заблуждение! Прикрытие язвы — есть провокационный зигзаг болезни.

Никто и ничто не может дать гарантий, что прикрывающий язву орган в любой момент может отойти от нее, и все начнется с начала. К тому же поступившее в брюшину содержимое может оказаться инфицированным, и пока больной и хирург будут находиться в эйфории по поводу стихания болей, инфекция будет распространяться и реализовывать неизбежный перитонит.

Отсюда вывод: диагноз прободной язвы есть безусловное абсолютное показание к экстренной операции; **прикрытие** не должно расхолаживать хирурга, и он обязан провести операцию, ушить язву и осушить брюшинную полость от экссудата.

Однако бывают случаи, когда операцию произвести невозможно, или больной от операции категорически отказался.

**Пример.** В 1950 году зимой мне пришлось наблюдать такой случай: из «почтового ящика» Челябинск-40 был направлен санный обоз с какими-то заболевшими заключенными. Их путь пролегал мимо г. Троицка, в городской больнице которого я заведовал хирургическим отделением. Мы, конечно, не знали, что это за колонна, некоторые думали, что это туберкулезные больные; другие считали, что в Казахстан переправляют людей, получивших избыточную дозу облучения.

Эту колонну сопровождал фельдшер. Когда обоз достиг уровня окраины Троицка, от колонны отделилась подвода, и к нам в больницу был доставлен необыкновенно истощенный больной неопределенного возраста. Фельдшер объяснил, что у этого больного была диагностирована язва желудка, он постоянно жаловался на боли в животе, а 4 дня тому назад боли резко усилились. Все эти 4 дня они находились в дороге, больной ничего не ел и только стонал от боли.

При осмотре обращало на себя внимание натуральное истощение организма: сухая кожа, никакого тургора, запавший низ живота. Верхняя половина живота была занята огромным внутрибрюшинным инфильтратом, плотным и болезненным при пальпации.

Я расценил это как прободение с развитием инфильтрата вокруг язвы, отказался от намерения выполнить ушивание прободного отверстия и решил вести больного консервативно по Тейлору: в желудок я ввел дуоденальный зонд без оливы и постоянно откачивал желудочное содержимое шприцем, одновременно проводя лечение инфильтрата — в первые дни холод на живое, внутримышечно пенициллин, парентеральное питание. Через неделю инфильтрат начал уменьшаться и мы решили, что излечили больного с прободной язвой без операции.

В 1950 году не полагалось задавать вопросов ни зекам, ни сотрудникам «ящиков», и мы так и не узнали, кого мы лечили. Через 10 дней после поступления при далеко не рассосавшемся инфильтрате, но с явным улучшением (больной начал пить воду и бульон) за больным приехали двое мужчин в штатском и увезли его в неизвестном направлении, невзирая на наши протесты.

Конечно, это случай не «чистый», диагноз не был уточнен ни рентгенологически, ни операционно, но все же длительная аспирация желудочного содержимого может способствовать прикрытию язвы.

Я уже упоминал о синдроме Золлингера-Эллисона. При этом заболевании основой необычайного отделения пептического желудочного сока (несколько литров) является эндокринная опухоль поджелудочной железы. Гастронома иногда локализуется в разных участках слизистой желудка. Обычно она располагается в хвосте поджелудочной железы, но может локализоваться в ее головке и даже в печени по типу прогонобластомы. При этом заболевании никакая резекция



желудка не избавляет больного от рецидива язвы и ее осложнений в виде перфорации и кровотечения.

Многочисленные уникальные случаи неоднократных *резекций*, по-видимому, связаны именно с болезнью Золлингера-Эллисона. Если предпринята операция по поводу повторных прободений, то целесообразно осмотреть поджелудочную железу на предмет обнаружения в ней опухоли.

Описаны случаи успешного излечения этой болезни с помощью резекции хвоста поджелудочной железы; но это возможно практически только при плановой операции с подтвержденным диагнозом. При повторном прободении язвы не следует заниматься поисками опухоли; необходимо ушить язву, а после уже заняться тщательным специальным обследованием. И если опухоль обнаружить и убрать не удастся, то единственным выходом останется полная гастрэктомия с пищеводно-кишечным анастомозом.

## Глава XIV. Гастродуоденальное кровотечение

### 1. Язвенное кровотечение

Если тактику хирурга при прободной язве анализировать непросто, то ситуация при кровоточащей язве значительно еще более сложная.

Язвенное кровотечение таит в себе смертельно опасное коварство, проявившись в виде дегтеобразного стула или однократной рвоты, оно может внезапно вспыхнуть как профузное кровотечение.

В течение многих лет конкурировали два метода борьбы с кровотечением.

1. Е.Л. Березов считал, что язвенное кровотечение можно остановить консервативными мероприятиями, затем больного обследовать, и при обнаружении язвы — оперировать. По его мнению, наличие кровотечения свидетельствует о том, что консервативным путем эту язву излечить не удастся.
2. С.С. Юдин также исходил из того, что кровоточащая язва подлежит оперативному лечению, но произвести операцию нужно на высоте кровотечения.

Авторитет института им. Склифосовского и самого С.С. Юдина был столь велик, что находилось довольно много последователей. И если в институте им. Склифосовского летальность не превышала 7—9%, то у других хирургов она была значительно выше.

Е.Л. Березов такую разницу летальности объяснял тем, что в институте Склифосовского оперировали высокопрофессиональные хирурги, а также и тем, что у них было неограниченное количество утильной (трупной) крови, и они могли перелить сразу несколько литров. С его точки зрения высокая летальность при экстренной операции не оправдана.

В диссертации Л.И. Казиминова из клиники Е.Л. Березова, основанной на двухэтапном лечении язвенных кровотечений (сначала консервативное, а потом плановая резекция), в экстренной операции нуждались не более 5—7% больных. Но как раз именно эти больные оказывались в группе неблагоприятных исходов.

В настоящее время применяется синтез обоих методов.

1. При поступлении проводится возмещение кровопотери и экстренная гастроскопия, во время которой производится электрокоагуляция или пломбировка язвы.
2. Если обнаруживается кровоточащая язва — больной готовится к операции, которая производится в первые сутки поступления во избежание повторного кровотечения.
3. Если больной поступил с остановившимся кровотечением, ему проводится гастроскопия, и если обнаруживается тромбированный сосуд в центре язвы, то все равно производится подготовка к операции.

4. Если при гастроскопии желудок заливается кровью, и гастроскопист ничего не видит, то такому больному ставится диагноз **профузного кровотечения**, и больного сразу подают в операционную.

С момента поступления у больного постоянно находится желудочный зонд. Он будет сигнализировать о продолжающемся кровотечении.

Причиной кровотечения может быть углубляющаяся язва с узурацией сосуда или пенетрация язвы в головку поджелудочной железы. Иногда в центре язвы виден кровоточащий сосуд, и во время гастроскопии он может быть коагулирован. В этих случаях все равно предлагается экстренная операция, т.к. рецидив кровотечения весьма вероятен.

Во время экстренной операции перед хирургом стоит одна и единственная задача: спасти жизнь больного. Большой опыт расширенных операций на высоте кровотечения показал, что после значительного кровотечения различные осложнения в послеоперационном периоде встречаются часто и нередко являются причиной летального исхода.

В настоящее время многие хирурги само вмешательство в связи с язвенным кровотечением ограничивают иссечением язвы или перевязкой подводящего к язве сосуда. При благоприятных условиях иногда добавляется стволовая поддиафрагмальная ваготомия; однако при этом приходится еще выполнить пилоротомию во избежание непроходимости привратника.

Следует подчеркнуть, что язвенные кровотечения остаются сложной проблемой еще и в связи с тем, что такое осложнение часто поражает стариков и не всегда при хронической язве. В желудке может образоваться и острая (склеротическая) язва. В этих случаях тем более не нужно стремиться выполнить традиционную операцию (резекцию желудка, ваготомии), а ограничиться чисто локальной помощью — остановки кровотечения через гастроскоп или указанной выше манипуляцией во время лапаротомии.

Придется вновь отметить, что в руководствах по хирургии или по экстренной хирургии не обсуждается сложный вопрос остановки кровотечения при больших (более 2 см) язвах, пенетрирующих в поджелудочную железу. При таких язвах и сильном кровотечении классическая резекция желудка представляется весьма опасной, дающей высокую летальность.

Предлагается следующий выход из положения.

1. Желудок или двенадцатиперстная кишка не отделяется от язвенного инфильтрата, а осторожно отрезается по краю пенетрации и отводится в сторону, прикрыв зияющее отверстие тампонами.
2. Перед хирургом предстанет головка или тело поджелудочной железы с **бесслизистым** калезным дном язвы, в центре которой может быть кровоточащий или тромбированный сосуд. Следующий этап операции заключается в прошивании дна язвы, в том числе и с кровоточащим или тромбированным сосудом.
3. Восстанавливается целостность желудка или двенадцатиперстной кишки путем ушивания дефекта в продольном направлении,

создавая достаточную проходимость органа однорядными или двухрядными швами.

4. Можно добавить поддиафрагмальную стволовую ваготомию с пилоропластикой. Но это мероприятие должно быть, во-первых, строго согласовано с анестезиологом, а, во-вторых, осознанием полной ответственности хирурга за все последствия.

Полагаю, что при такой сложной операции на высоте кровотечения реально мыслящий хирург, наделенный элементами телеологического мышления, ограничится в достаточной мере условной остановкой кровотечения.

## **2. Кровотечение из вен пищевода и желудка при портальной гипертензии**

### **2.1. Терминология**

Портальная гипертензия (ПГ) — не номенклатурное заболевание, а комплекс изменений, определяющийся общим признаком — повышением давления в системе воротной вены с возникновением спленомегалии и варикозным расширением вен пищевода и желудка.

Термин ПГ введен Жильбером в 1907 г. и прочно закрепился в специальной литературе, несмотря на то, что этот синдром сопровождается совершенно различными по этиопатогенезу заболеваниями.

Звучит это примерно так же, как если бы в один комплекс объединили заболевания, сопровождающиеся лихорадкой или сыпью.

В международной классификации болезней и причин смерти IX-го (1975) и последующих пересмотров такой синдром не выделен.

Термин ПГ оказался удобным для определения хирургических вмешательств, влияющих на патогенез и клиническое течение заболеваний этой группы.

### **2.2. Классификация**

В эту группу входят заболевания, характеризующиеся нарушением портального кровообращения: болезнь Киари (тромбофлебит печеночных вен), синдром Бадд-Киари (тромбофлебит печеночных вен с переходом на нижнюю полую вену или тромбоз нижней полую вену на уровне впадения в нее печеночных вен), цирроз печени (наиболее частая причина), врожденная артерия воротной вены, ее тромбоз и склероз вследствие воспалительных заболеваний.

ПГ различается по этапам происхождения:

1. надпеченочная (болезнь Киари и др.);
2. внутрипеченочная (цирроз);
3. подпеченочная (тромбоз в системе воротной вены).

Такое деление имеет смысл при определении показаний к различным операциям.

Приложение хирургических методов в основном происходит при осложнении заболеваний пищеводно-желудочным кровотечением, причем как в плане борьбы с кровотечением, так и для их профилактики.

В результате ПГ происходит замедление тока крови по системе воротной вены, сопровождающееся депонированием крови (главным образом в селезенке и портокавальных анастомозах пищевода и желудка) и образованием варикозно расширенных вен в этих органах.

Вследствие истончения вен желудка и пищевода, а иногда и узурации последних, при очень высоком портальном давлении (выше 300 мм водяного столба) наступает разрыв вен — и профузное пищеводное, желудочное или пищеводно-желудочное кровотечение.

Вне зависимости от этиологии ПГ перед хирургом стоит одна и очень сложная задача — остановить кровотечение.

Экстренность мероприятий по остановке кровотечения диктуется еще и тем, что продолжающееся кровотечение не только приводит к постгеморрагической анемии, но и к печеночной недостаточности (при болезни Киари и циррозе печени), которая и является главной причиной высокой летальности.

Кровотечение может возникнуть у больного с уже известным диагностированным заболеванием (например, циррозом печени), но может возникнуть внезапно на фоне видимого благополучия.

Несмотря на то, что гепатиты и циррозы лечатся в терапевтических (гастроэнтерологических, гепатологических) отделениях, остановка кровотечения, осложнившего эти заболевания, является нелегкой обязанностью хирурга.

Диагностика локализации кровотечения, особенно возникшего внезапно, — задача сложная, поскольку, во-первых, отсутствуют анамнестические данные, а во-вторых, имеется выраженный дефицит времени.

Следует подчеркнуть, что пищеводно-желудочные кровотечения язвенного происхождения и портальное кровотечение *различны* как в консервативном, так и в хирургическом лечении.

Дифференциальная уточненная диагностика устанавливается с помощью эндоскопии (эзофаго-гастроскопии).

Существует мнение, что эндоскопическое исследование может грубо повредить образовавшийся в венах тромб. Этого не следует бояться — ускоренная диагностика компенсирует потери времени, необходимого для клинического анализа симптомов с целью дифференциальной диагностики.

### 2.3. Консервативное лечение

Консервативное лечение всегда является первым мероприятием при портальном кровотечении и заключается в следующем:

1. введение зонда Блекмора;
2. контроль за желудочным кровотечением (зонд Блекмора);
3. гемостатические средства (питуитрин и др.).

После введения зонда Блекмора и раздувания баллонов, кровотечение должно остановиться.

Если по желудочному зонду продолжает поступать кровь, то это означает, что кровотечение идет из вен желудка, и это обстоятельство является сигналом для решения вопроса о хирургическом вмешательстве.

Гемостатические средства продолжают вводить как при консервативном, так и при хирургическом лечении.

## 2.4. Хирургическое лечение

Наиболее часто кровотечения возникают при циррозах печени. Они сопровождаются резким ослаблением иммунитета и разной степени печеночной недостаточности.

При определении показаний к хирургическому вмешательству следует сопоставить два обстоятельства: состояние больного и объем вмешательства. Но поскольку операция показана только при отсутствии альтернативы, т.е. при полной несостоятельности консервативного лечения, то противопоказанием может послужить лишь прекомагиозное или комагиозное состояние.

Нужно иметь в виду также, что само оперативное вмешательство может послужить толчком к резкому ухудшению состояния печени.

Поэтому следует дифференцировать подход к решению задачи остановки кровотечения при: надпеченочной и внутripеченочной формах (болезнь Киари, синдром Бадд-Киари, цирроз печени), с одной стороны, и подпеченочной — с другой. Если при первой форме вмешательство должно быть минимальным, то при второй у хирурга есть некоторый выбор.

В условиях ургентной хирургии выбору решения способствует анамнез. Например, у больного давно диагностированный цирроз, наличествует асцит и т.п. — решение одно. Если же больной поступил с кровотечением неясной этиологии — решение другое.

Задача хирургического лечения при наличии кровотечения не сводится к радикальному излечению. При над- и внутripеченочной ПГ задача сводится к остановке кровотечения. При подпеченочной ПГ возможны варианты.

Естественно, лучше идти на операцию с ясным диагнозом, когда налицо, например, цирроз печени, а язвенное кровотечение отвергнуто фиброзофагогастроскопией (ФЭГС). Однако иногда и ФЭГС не проясняет диагноз, и приходится идти на операцию с диагнозом предположительным.

Для хирурга, знакомого с обозначенной патологией, вопрос решает лапаротомия. Визуально хирург может сразу определить уровень блокады портального кровообращения. При первой и второй формах (над- и внутripеченочной ПГ) печень имеет настолько характерный «цирротический» вид, что дальнейших уточнений не требует.

ся. При тромбозах воротной вены и других причинах подпеченочной ПГ печень практически не изменена, или ее изменения не носят цирротического характера.

При циррозах печени набор возможных вмешательств минимальный:

1. Операция Таннера (пересечение стенок желудка в области кардии с последующим их сшиванием).
2. Более упрощенный метод предложил М.А. Топчибашев — пересечение стенок желудка не полностью, а только серозно-мышечного слоя без вскрытия слизистой с последующим прошиванием сосудов подслизистого слоя, не проникая в просвет желудка.
3. Еще больше упростили технику Б.А. Петров и Э.И. Гальперин. Они предложили рассекать только переднюю стенку, а заднюю прошивать через слизистую оболочку.

Этими минимальными вмешательствами по сути ограничены возможности хирурга при кровотечениях над- и подпеченочной форм ПГ.

Очевиден паллиатив вмешательства. Но эффективная остановка кровотечения создает основу для последующего оперативного лечения, имеющего целью снизить давление в системе воротной вены и улучшить состояние печени.

Если во время лапаротомии не выявлен цирроз печени, а тем самым определен характер блока как подпеченочный, то дальнейшее решение хирурга зависит от состояния больного, его толерантности к предполагаемой операции.

В 40-е и 50-е годы, когда **спленомегалия** при ПГ рассматривалась как этио-патогенетический фактор самостоятельного заболевания (например, болезнь Банти, спленогенный цирроз печени, гепатолиенальный синдром, эссенциальная или вторичная (малярия), спленомегалия), наиболее популярной операцией была спленэктомия.

После IX «Международного пересмотра номенклатуры заболеваний и причин смерти» такие диагнозы, как болезнь Банти, гепатолиенальный синдром, были исключены из перечня болезней печени и селезенки. Однако спленэктомия как операция на высоте кровотечения при подпеченочной или неуточненной ПГ производится иногда с хорошим результатом.

**Пример.** Больная К.С., 16-ти лет, поступила 16.09.1956 г. в хирургическое отделение больницы Верхневолжского водздравотдела с обильным желудочным кровотечением. Консервативное лечение ограничилось внутривенным введением хлористого кальция, переливанием 500 мл цельной крови. Зонда Блекмора в наличии не было; анамнез не указывал на какое-либо заболевание крови, но пальпаторно и перкуторно определялась значительно увеличенная селезенка. Поскольку этот эпизод был за много лет до исключения из номенклатуры болезни Банти, то именно с этим диагнозом больная была взята на

операционный стол после того, как у больной кровотечение повторилось непосредственно в стационаре.

Во время операции мысли хирурга остановились на громадной селезенке, и вся программа операции свелась к спленэктомии, которая оказалась нелегкой из-за спаечного процесса. Масса удаленной селезенки — около 1000 г.

Кровотечение остановилось. В дальнейшем больная закончила медицинский институт, вышла замуж, родила сына, защитила кандидатскую и докторскую диссертации и на протяжении всех 45 лет, прошедших после операции, лишь однажды испытала беспокойство по поводу обильного маточного кровотечения.

Неоднократные обследования не выявили ни тромбоцитопении, ни лейкопении.

В ряде случаев, когда во время лапаротомии по поводу неязвенного кровотечения<sup>1</sup> обнаруживается большая селезенка, а изменения в печени носят характер умеренного фиброза, и в системе воротной вены тромбоз не обнаруживается, приходится думать о наличии первичной болезни селезенки и ее патогенного влияния на печень. В 60-е годы такую находку мы рассматривали, как спленогенный цирроз печени. Спленэктомия останавливала кровотечение, и тем самым *ex juvantibus* подтверждался диагноз. Исключение из номенклатуры этиологической природы спленомегалии вынуждает хирургов обозначать в диагнозе один (возможно, главный) симптом — портальную гипертензию.

Хирургическая помощь при портальном кровотечении преследует две цели: остановить кровотечение и снизить давление в системе воротной вены.

Остановка кровотечения с помощью операции Таннера, Топчибашева, Петрова ни в коей мере не способствует снижению портального давления. Поэтому вскоре после таких операций встает вопрос о декомпрессионных операциях (варианты портокавального анастомоза или паллиативных оменторено-гепатопексий).

Спленомегалия при ПГ носит характер вторичного увеличения органа за счет растяжения застойной кровью: спленэктомия при ПГ, временно снизив давление, только усилит давление на оставшуюся часть портального русла. Поэтому в последнее время стараются сохранить селезенку, если у больного нет выраженного гиперспленизма.

Именно усиленная функция селезенки по «перемалыванию» форменных элементов крови (гиперспленизм) способствует поступлению в печень «недоброкачественного» материала, что оказывает влияние на изменения гепатоцитов.

<sup>1</sup> Ю.Ю. Джанелидзе, Д.Ф. Скрипниченко считали, что около 30% желудочных кровотечений не связано с язвенной болезнью. В современных условиях, когда уточненная диагностика кровоточащей язвы желудка стала правилом, относительное количество неязвенных кровотечений уменьшилось.



Спленэктомия при выраженном гиперспленизме должна сопровождаться каким-либо видом портокавального шунтирования.

Следует подчеркнуть, что абсолютным показанием к экстренной спленэктомии является травма селезенки с обширной рваной раной органа и разрыв селезенки при гемобластозе. Относительным показанием может служить кровотечение при тромбопенической пурпуре (угроза внутримозгового кровоизлияния) и при портальном кровотечении с одновременным наложением спленоренального анастомоза.

### **Особенности техники спленэктомии**

**Доступ.** Лучшим доступом является трансторакальный трансдиафрагмальный с разрезом в 9-м межреберье слева. При этом доступе легко пересекаются сращения между селезенкой и диафрагмой без обильной кровопотери, и удается обработка ножки без повреждения хвоста поджелудочной железы. Однако этот доступ можно использовать в тех случаях, когда принято решение о спленэктомии как операции выбора. Если операция предпринимается на высоте кровотечения, то решение о способе остановки кровотечения принимается во время операций (возможно, это будет операция типа Таннера) и приходится мириться с неудобствами абдоминального доступа.

Особого внимания требует разделение сращения верхнего полюса селезенки с диафрагмой. Попытка вывести селезенку в рану приводит к травме ее верхнего полюса и значительному кровотечению.

В связи с этим весьма желательным этапом является превентивная перевязка селезеночной артерии. Это мероприятие не только уменьшает кровопотерю, но и способствует профилактике панкреатита вследствие повреждения хвоста поджелудочной железы.

При спленэктомии в связи с кровотечением постоянно приходится соизмерять действия хирурга с кровопотерями. На фоне постоянного восполнения кровопотери с помощью переливания крови следует использовать следующий прием. После перевязки селезеночной артерии и полной мобилизации органа, непосредственно перед пересечением селезеночной вены, хирург может увеличить объем циркулирующей крови, сжимая обеими руками селезенку. При этом одномоментно в кровяное русло поступает 250—400 мл собственной крови (количество зависит от размеров селезенки и наличия в ней фиброза).

В послеоперационном периоде наиболее частыми являются три осложнения: панкреатит, поддиафрагмальный абсцесс и так называемый **аспленизм**, когда резко возрастает количество форменных элементов крови, особенно тромбоцитов.

Если панкреатит и поддиафрагмальный абсцесс диагностируются и лечатся в пределах хирургических правил, то аспленизм диагностируется и лечится гематологами.

## Глава XV. Ущемленные грыжи и острая кишечная непроходимость

### 1. Ущемленные грыжи

В анатомическом строении брюшной стенки есть ряд слабых мест, которые подвержены повышенному внутрибрюшному давлению.

В известной мере «податливость» слабых мест зависит от выраженности мышечного слоя и жировой прокладки. Кроме того, возникновение грыжи зависит от размеров отверстий естественных каналов, осуществляющих связь брюшинной полости с «внешним миром».

Самой частой грыжей у мужчин является паховая грыжа. Анатомическое образование — паховый канал — есть и у мужчин, и у женщин. Мужской паховый канал несет единственную функцию: по нему непосредственно перед рождением семенники («яички») опускаются в мошонку<sup>1</sup>. **Другой функции у пахового канала нет.**

У женщин в паховом канале находится круглая связка матки, которая не несет определенной функции кроме поддержания матки.

#### 1.1. Паховая грыжа

Она возникает как выпячивание брюшины и какого-либо органа в широкое отверстие пахового канала. Брюшинная оболочка растягивается в виде мешка, и с момента образования грыжи носит название грыжевого мешка. В этом мешке может содержаться сальник, тонкая или толстая кишка, иногда вместе с аппендиксом.

Причиной **ущемления** грыжи является случайный момент, когда содержимое грыжевого мешка по своему объему превосходит диаметр отверстия, через которое орган попал в мешок. Это может быть сальник, вследствие отека грыжевой части; это может быть тонкая или толстая кишка, ущемленная часть которой вследствие переполнения жидкостью и отека стенки не уходит обратно в брюшную полость. По мере нарастания отека в ущемленной части возникают дискомфорт и боли (если ущемлен сальник) и явления кишечной непроходимости,

<sup>1</sup> Целесообразность этого эпизода становится очевидной, если рассматривать его с телеологической точки зрения. Остающиеся в брюшной полости яички, как правило, лишают мужчину репродуктивной функции. Сперматозоиды на пути из брюшной полости гибнут и не достигают конечного пункта. В акте оплодотворения целесообразно максимальное сокращение пути движения эякулята; это достигается перемещением яичек в мошонку — непосредственной близостью к мочеиспускательному каналу. Это отчасти подтверждается строением пахового канала у обезьян — у них семенники постоянно находятся в брюшной полости, но в момент полового акта они **по паховому каналу** опускаются в мошонку, создавая благоприятные условия для оплодотворения.

если ущемлена кишка. Дальнейшее развитие патологического процесса (если не была произведена своевременная операция) приводит к некрозу грыжевого содержимого (иногда сальника, но чаще кишки, в той мере, в какой ущемляется ее брыжейка).

Поскольку ущемление грыжи сопровождается сильными болями и фиксированием грыжи (при кривой паховой грыже в мошонке), больные за помощью обращаются своевременно, и дело обычно заканчивается без некроза кишки. Однако некроз вероятен и при короткой экспозиции от начала приступа до операции; поэтому рассчитывать на благополучие, ориентируясь только на короткие сроки, будет неправильно.

## 1.2. Бедренная грыжа

Она чаще образуется у женщин, когда грыжевой мешок проходит по бедренному каналу и обнаруживается в паховой складке ниже пахового кольца. Все, что сказано о содержимом грыжевого мешка при паховой грыже, имеет отношение и к бедренной грыже.

## 1.3. Пупочная грыжа

Она возникает так же, как и другие виды, за счет повышения внутрибрюшного давления и расширения пупочного кольца.

Другие виды грыж (седалищная, поясничная, грыжа пищеводного отверстия) имеют свои особенности как в диагностике, так и в хирургическом лечении. Грыжа пищеводного отверстия встречается довольно часто, и мы остановимся на ней ниже, остальные грыжи встречаются очень редко, распознаются еще реже.

## 1.4. Грыжа диафрагмы и пищеводного отверстия

У многих людей грыжа пищеводного отверстия существует как анатомическая особенность и распознается при рентгенографии желудка по другому поводу. Нередко она сопровождается так называемым **синдромом короткого пищевода** с выпрямлением угла Гиса и симптомами рефлюкс-эзофагита.

Ущемление грыж пищеводного отверстия встречается редко, но ущемленная диафрагмальная грыжа встречается чаще.

В каждой из указанных ущемленных грыж есть моменты, требующие не столько стремительных действий, сколько серьезных размышлений. Частично они уже решены опытом практической хирургии, но в некоторых элементах требуют включения клинического **мышления в полной мере**.

Истинная хроническая диафрагмальная грыжа встречается нечасто. Как правило, каждый человек с детских лет с разной частотой бы-

вает на приеме у врача или проходит флюорографическое обследование или рентгеноскопию грудной клетки. Во всех этих случаях диафрагмальная грыжа будет обнаружена.

Иначе обстоит дело с острой диафрагмальной грыжей, когда вследствие разрыва или расслоения мышц диафрагмы часть органов брюшной полости перемещается в грудную полость. В отличие от ущемления паховых, бедренных, пупочных грыж, здесь истинного ущемления не бывает. Тяжесть состояния обусловлена сдавливанием легкого, смещением сердца и полной или частичной кишечной непроходимостью.

Технические вопросы сводятся к ушиванию дефектов диафрагмы и возвращению органов в брюшную полость. Проблема заключается в доступе.

Если органы брюшной полости много времени пребывали в грудной полости, то образуются сращения, которые следует разъединить для доставки органов на место. И тогда, вероятно, лучшим доступом будет межреберная торакотомия. Если же грыжа свежая, то естественным будет абдоминальный доступ.

Грыжа пищеводного отверстия ущемляется исключительно редко; но если предпринимается экстренная операция по этому поводу, то хирург должен не только вернуть содержимое брюшной полости на место, но и выполнить сначала операцию типа Ниссена для создания острого угла Гиса, а затем укрепить этот комплекс в суженном отверстии диафрагмы, как это бывает после резекции кардии.

### 1.5. Общие замечания для любой ущемленной грыжи

1. Во время транспортировки больного грыжа вправилась, и больной никаких жалоб не предъявляет и уверяет, что он вполне здоров и что такая ситуация у него была неоднократно и все заканчивалось благополучно. **Тактика хирурга** должна быть однозначной: больной должен быть оставлен в приемном покое минимум на сутки или в хирургическом отделении на двое суток, после чего ему следует предложить плановую операцию, в особенности если пациент пожилого возраста и к тому же в обычное время носит бандаж.
2. Во время осмотра грыжа самостоятельно вправилась. Тактика хирурга такая же, как и в первом случае. Если пациент от плановой операции категорически отказывается, то следует оформить этот отказ письменно.
3. При ущемлении диафрагмальной грыжи или грыжи пищеводного отверстия омертвление выпавшего в грудную полость желудка или кишки не встречается, поскольку оперативное пособие наступает раньше, чем разовьется некроз. Поэтому при самостоятельном *restitutio in integrum* это не должно вызывать беспокойство врача.

4. Больного с ущемленной грыжей взяли на операционный стол, дали наркоз и прежде, чем хирург сделал разрез, грыжа вправилась. Эта наиболее драматическая ситуация требует от хирурга ясной мысли и определенного мужества. Как дальше продолжить операцию? Продолжить ли ее как операцию грыжесечения, вскрыть грыжевой мешок и вытаскивать из него поочередно петли тонких кишок в расчете на то, что случайно попадет измененная отечная кишка со странгуляционной бороздой, убедиться в ее жизнеспособности, опустить в брюшную полость и закончить операцию пластическим закрытием отверстия? Такая удача бывает только у хирурга, полностью свободного от какого-либо греха. Но поскольку безгрешных хирургов не бывает, то рассчитывать на такое везение не приходится. **Тактика хирурга** в этом случае должна соответствовать выработанным правилам: немедленно производится лапаротомия, и хирург ищет (и обязательно должен найти) кишку или сальник, побывавшие в ущемленном мешке. Дальнейшие действия зависят от изменений кишки или сальника. Если ущемленный орган или ткань жизнеспособны, то рана брюшной стенки ушивается; если обнаружен некроз кишки, производится ее резекция. Дальнейшие действия согласуются с анестезиологом: возможно ли продолжение операции для грыжесечения и пластики. У очень пожилого с признаками дряхлости больного, вероятно, лучше остановить операцию, рассечь ущемляющее кольцо и не делать никакой пластики<sup>1</sup>. Если же больной, по оценке анестезиолога, достаточно крепкий, то следует прошить и перевязать грыжевой мешок, погрузить его в брюшную полость и пластическим закрыть грыжевое отверстие.
5. Хирург приступил к операции. Какова последовательность действий? Начинаящие хирурги иногда в качестве следующего этапа рассекают ущемляющее кольцо с тем, чтобы освободить ущемленные органы. Это роковая ошибка, ибо после рассечения кольца содержимое может ускользнуть в брюшную полость, и тогда хирург должен действовать по схеме «**тактика хирурга**». **Правильное действие**: вслед за рассечением кожи рассекается грыжевой мешок. Наличие в нем мутной грыжевой воды указывает на возможность некроза. Затем хирург должен обеспечить удержание содержимого в грыжевом мешке. Это можно сделать путем проведения нити через брыжейку ущемленной части кишки или поручить помощнику удержать кишку с помощью марлевой салфетки. Только после этого рассекается ущемляющее кольцо и

<sup>1</sup> Слово «грыжесечение» (herniotomia) имеет прямое семантическое значение и употребляется с древних времен, когда хирурги (цирюльники) производили рассечение грыжевого кольца специальным инструментом, который так и назывался **герниотом**. У многих пациентов после герниотомии ущемление больше не наступало.

продолжается работа с определением жизнеспособности грыжевого содержимого — нужна ли резекция кишки или сальника. Резекцию можно произвести через герниотомическое отверстие, а затем выполнить пластическое его закрытие по одному из описанных способов, которые предпочитает оперирующий хирург.

**Меры предосторожности при пластике.** При паховой грыже пластика часто проводится по способу Спасокукоцкого—Жирара—Кимбаровского.

При этом способе рассеченный апоневроз косой мышцы живота подшивают к внутренней поверхности пупартовой связки, к которой непосредственно прилегает большая подвздошная вена. Для того чтобы избежать прокола этой вены, швы накладываются круто изогнутой толстой иглой. Правило шва заключается в следующем: кончиком иглы прокалывается внутренняя часть пупартовой связки, затем иглу ведут таким образом, чтобы кончик ее все время угадывался вплоть до выкола.

У мужчин в паховом канале остается семенной канатик. Его ни в коем случае нельзя передавливать. Остающееся нижнее отверстие вновь созданного «тесного» пахового канала не должно сдавливать семенной канатик. Поэтому наложенные «пластические» швы завязывают сверху вниз, и последний шов завязывают на кончике 5-го пальца, введенного в отверстие.

При операции по методу Бассини таких проблем нет, поскольку семенной канатик укладывается поверхностно на укрепленную заднюю стенку пахового канала.

Большую популярность в настоящее время приобрел способ Paolo Emilio Postempski (1890), который является видоизмененным способом Bassini. При этом создается новый паховый канал с иным направлением, противоположным естественному. Благодаря этому в момент повышения внутрибрюшного давления напрягающиеся мышцы и апоневроз будут, сжимая новый канал, активно противодействовать давлению брюшных внутренностей на глубокое паховое кольцо.

При бедренной грыже грыжевой мешок проходит через отверстие вместе с бедренными сосудами. Здесь требуется большая осторожность при манипуляции иглодержателем, чтобы не задеть сосуд.

При бедренной грыже возможна диагностическая ошибка. Иногда непосредственно на уровне грыжевого отверстия обнаруживается большое плотное образование размером с куриное яйцо, которое может оказаться вовсе не ущемленной грыжей, а воспалительно увеличенным лимфоузлом Розенмюллера. Дифференцировать эти заболевания не всегда просто, приходится прибегать иногда к пункции образования или к оперативному удалению узла, если он симулирует ущемленную бедренную грыжу.

Под пупочной грыжей иногда подразумевают грыжу белой линии живота, расположенной около пупочного кольца. И в том и в другом

случае пластика апоневроза сочетается с исчезновением пупочного выступа. Следует предупредить больного (особенно молодую женщину), что она лишится пупка, и ее передняя поверхность живота останется без архитектурного украшения. Возможна коллизия, когда непроинформированная пациентка предъявит иск за нанесение морального ущерба.

## 2. Острая кишечная непроходимость (ОКН)

В связи с разнообразием патологии целесообразно в начале привести терминологию и классификацию.

### 2.1. Терминология и классификация

Термин ОКН объединяет множество заболеваний, характеризующихся внезапной задержкой опорожнения кишечника от начала тонкой кишки (дуоденоеюнальной складки) до заднепроходного отверстия.

Перечень заболеваний, при которых может наступить ОКН:

1. нарушение интрамуральной иннервации кишечника;
2. опухоли;
3. воспалительные процессы и спайки;
4. обтурация инородными телами (желчные камни, клубок аскарид, каловые камни);
5. ущемленные внутренние и наружные грыжи.

#### **Классификация ОКН**

1. Механическая:
  - а) странгуляционная (заворот, узел),
  - б) обтурационная (опухоль, желчные и каловые камни, аскариды),
  - с) смешанная (спаечная, инвагинация).
2. Динамическая:
  - а) спастическая,
  - б) паралитическая.

ОКН — сложное и очень серьезное заболевание, диагностика и методы лечения которого зависят от этиологии и производящей причины.

Наиболее серьезным патогенетическим моментом странгуляционной непроходимости является участие брыжейки в перекруте, узлообразовании или ущемлении кишки (спаечный «карман» в брюшинной полости, грыжевое отверстие), когда в результате пережатия или тромбоза наступает некроз кишки.

Менее серьезными последствиями грозит обтурационная ОКН, ибо в этом случае брыжейки не задействованы.

Тяжесть состояния больного обусловлена не только странгуляцией, но и патогенезом **второй** токсической фазы, при которой вследст-

вие внутрикишечной гипертензии и растяжения петель кишечника все увеличивающимся внутрикишечным содержимым (пищевая масса, соки, плазма), большой потери белка (до 300 г), жидкости (до 10 л), электролитов, наступает делириозное состояние, приводящее в конце концов к гибели больного.

Классические формы ОКН (заворот, узлообразование, инвагинация) являются болезнями голодного времени<sup>1</sup>.

Если этот неоспоримый факт дополнить патогенетическими фактами и рассмотреть эти факты с телеологических позиций, то получается следующее:

«Причинами, предрасполагающими к возникновению как механической, так и динамической ОКН являются изменения функционального состояния тонкой кишки, обусловленные длительным голоданием...» (БМЭ, т. XVI, 1981, с. 344—364).

Телеологическое (целевое) рассмотрение данной ситуации позволяет думать о нарушении изначальной *программы* деятельности тонкой кишки. Эта программа предусматривает периодическое пополнение кишечного содержимого и активное проталкивание остающегося после усвоения (всасывания) необходимых питательных веществ в *выделительную* часть кишечной трубки — в толстую кишку — *с помощью перистальтики*.

Перистальтика является автоматической *программой* пищеварения, не зависящей ни от усилий ЦНС, ни от наличия в кишке нормального содержимого. Для исполнения своей функции кишечник *требует* наполнения, сигнализируя в мозг в виде *болей*<sup>2</sup> и сильного «урчания в животе». Беспорядочное перемещение сильно перистальтирующей пустой тонкой кишки может привести к завороту, узлообразованию (при наличии спаечных тяжей) или к инвагинации.

Это в какой-то мере объясняет тонкокишечную странгуляционную, а также смешанную непроходимость. Тонкокишечная ОКН сопровождается не только нарушением двигательной активности, но и расстройством секреции пищеварительных желез и нарушением всасывания, что еще больше увеличивает растяжение кишки и гипертензию

<sup>1</sup> В блокадном Ленинграде такие заболевания, как острый аппендицит или острый холецистит, в хирургических отделениях встречались редко, зато обозначился резкий рост язвенной болезни и ОКН так же, как в период гражданской войны.

В г. Троицке, где в 1949—1951 гг. я работал заведующим хирургическим отделением, с сентября 1949 г. по июль 1950 г. было произведено 30 аппендэктомий (острый и хронический аппендицит), а с августа 1950 г. до августа 1951 г. выполнено 252 аппендэктомии. В 1950 г. в г. Троицке и окрестном районе был необычайный урожай. На свалке висело объявление: «За выбрасывание картофеля — штраф 25 рублей».

<sup>2</sup> Слово «колика» (colica) происходит не от слова «колоть», а от слова «colon» (кишка).



в ней. Получается порочный круг: с нарастанием интоксикации через истонченную стенку кишки начинает протекать ее содержимое с возникновением перитониальной реакции брюшины. Экссудат при этом носит геморрагический характер и является сильно бактериально загрязненным, в основном кишечной палочкой.

При злообразовании и завороте быстро наступает тромбоз брыжейечных сосудов с угрозой некроза кишки. При инвагинации возможна фиксация инвагината в «принимающей» кишке, и тогда наступает отек, стаз и последующий некроз.

После *detorzio* и рассечения спаек, освобождения инвагината расстройства микроциркуляции в кишке **временно** возрастают, и требуется **время** для ее нормализации. Экспериментальные данные показывают, что если ущемление продолжалось 6 часов и более, то на восстановление слизистой оболочки требуется от 12 до 30 дней. Понятно, что эти цифры являются указателями продолжительности диетотерапии. Но во время операции для решения вопроса о жизнеспособности кишки (судить приходится по степени отечности, цвету и наличию перистальтической волны в пораженном участке) отведено всего несколько минут!

При obturационной тонкокишечной ОКН, как правило, после удаления obtурирующего предмета (опухоль, полип, желчный или калькулезный камень, клубок аскарид) кишка быстро принимает нормальный вид.

К счастью, в настоящее время завороты, злообразования, инвагинации у взрослых встречаются крайне редко<sup>1</sup>. Практически хирургические отделения встречаются с разновидностями спаечной непроходимости (в основном у ранее перенесших операцию или травму живота) и obtурационной ОКН на почве закупорки левой половины толстой кишки опухолью. Частота опухолей толстой кишки как причина ОКН за последние 10—15 лет увеличилась по меньшей мере в 2—3 раза и является объектом оперативного вмешательства наравне со спаечной непроходимостью.

Трудности диагностики ОКН заключаются только в определении ее характера (заворот, obtурация и т.п.) и локализации (тонкая или толстая кишка).

Принципиальный диагноз ОКН ставится на основании характерного анамнеза (схваткообразные боли, отсутствие отхождения газов, рвоты), аускультации живота (периодические волны усиленной перистальтики и, следовательно, кишечных шумов) и некоторых специаль-

<sup>1</sup> По-видимому, голодание отнюдь не носит массового характера (хотя СМИ нас уверяют, что не менее 40% населения живет за чертой бедности) или люди страдают не выраженным голоданием, а просто недоеданием, то есть недополучением необходимых питательных веществ и витаминов. Но это не является предопределяющим элементом ОКН.

ных симптомов (Валя, Обуховской больницы, так называемой «каловой» рвоты)<sup>1</sup> и данных рентгенологического обследования.

При толстокишечной непроходимости наиболее точный диагноз ставится с помощью ирригоскопии<sup>2</sup>; колоноскопия — более тяжелое и менее информативное исследование.

Именно рентгеноколоноскопия позволяет поставить окончательный диагноз толстокишечной ОКН и дифференцировать ее от вторичных симптомов при инфаркте миокарда, почечной колике, травме позвоночника и т. п.

Точный диагноз механической ОКН в подавляющем большинстве случаев позволяет отказаться от попыток консервативного лечения патологического процесса.

При тонкокишечной непроходимости очистительная клизма, в том числе гипертоническая (или введение внутривенно гипертонического раствора) эффекта не даст; наоборот, она вызовет еще большее усиление перистальтики, а следовательно, болевых приступов, возможно частичное опорожнение дистальных отделов кишки, что только запутает картину.

Более эффективной будет сифонная клизма при толстокишечной непроходимости с неуточненной диагностикой. Сифонная клизма может оказаться полезной при **обострении спаечной болезни** в виде периодически возникающих затруднений опорожнения кишечника, сопровождающихся кишечной коликой.

---

<sup>1</sup> Так называемая «каловая» рвота никакого отношения к экскрементам не имеет. Обильная рвота содержимым желтого цвета — это рвота застойной желчью. Цвет ее зависит от желчи, а запах — от обилия распавшихся бактерий — кишечной палочки.

<sup>2</sup> Термин **ирригоскопия** смущал меня со студенческих лет. Семантически этот термин тесно завязан с термином **ирригация или орошение** — словом, широко применяющимся в сельском хозяйстве.

Орошение заключается не столько в подведении водного канала (линейным каналом можно оросить только узкую полосу земли), сколько в многочисленных разветвленных дочерних канальцах.

Именно методом ирригации производятся исследования при подозрении на наличие **желудочно-ободочного свища** (как осложнения пептической язвы анастомоза после гастроэнтеростомии). Исследования проводятся так: контрастное вещество вводится в прямую кишку; больного просят потужиться над тазом, после чего укладывают на стол в положение на животе и делают снимки. В связи с повышенным давлением через фистулу контрастное вещество проходит ретроградно в желудок, приводящую и отводящую кишку анастомоза, **как в настоящей ирригационной системе**, и только в этом случае исследование может быть названо ирригоскопией.

Гораздо ближе к смыслу исследования (выявления проходимости и патологии толстой кишки) термин «**рентгеноколоноскопия**» как альтернатива «**эндоколоноскопии**».

Точный диагноз механической ОКН или неэффективная консервативная терапия в течение 1,5—2 часов без уточненного диагноза диктует переход к хирургическому лечению.

«В трудных диагностических случаях ранняя операция целесообразнее, чем длительные настойчивые попытки добиться успеха консервативными методами» (Д.П. Чухриенко с соавт., БМЭ, т. XVI, 1981, с. 352).

Хирургу, решившему начать операцию при ОКН без уточненного диагноза, целесообразно осмотреть больного на операционном столе после введения больного в наркоз и введения релаксантов (или после перидуральной анестезии) и попытаться на ощупь определить место непроходимости. Это может быть конгломерат петель, воспалительный инфильтрат, инвагинат или опухоль. Этот осмотр, возможно, подскажет хирургу рациональный доступ.

Если выявляется хроническая спаечная болезнь и связанные с этим трудности разделения тонкой кишки, то после ликвидации ущемления можно выполнить операцию Нобля — укладывание и фиксация тонкой кишки в виде последовательно лежащих петель. Хотя эта операция не от спаечной болезни, она все же предохраняет от возможных заворотов и узлообразований. И.П. Дуданов с соавт. (2000) предлагает интубировать тонкую кишку на всем протяжении. Эластичный зонд препятствует перемещению тонкой кишки, и поэтому спаечный процесс образуется направлен по схеме укладки кишки.

В процессе оперативного вмешательства важное значение имеет освобождение проксимальной части ущемленной кишки от токсического содержимого. Подробности декомпрессионного дренирования изложены в монографии-атласе А.Ю. Сапожкова и В.И. Никольского<sup>1</sup>.

## 2.2. Длительная декомпрессия кишечника (ДДК)

Она является важным условием эффективности лечения ОКН.

Показания к трансназальному дренированию тощей кишки.

1. Абсолютные:
    - a) резекция участка тощей кишки при ОКН;
    - b) резекция обширного спаечного конгломерата;
    - c) высокая странгуляционная непроходимость (без резекции кишки);
    - d) выраженный парез верхних отделов тонкой кишки.
  2. Относительные:
    - a) длительное травматичное вмешательство на верхних отделах брюшной полости;
    - b) операция по поводу панкреатита.
- Показания к дренированию подвздошной кишки.
1. Абсолютные:
    - a) резекция подвздошной кишки в условиях ОКН;

<sup>1</sup> Сапожков А.Ю., Никольский В.И. Декомпрессия кишечника. Пенза, 1992.

- б) тяжелый парез приводящего отдела тонкой кишки при операции по поводу ОКН без некроза кишки.
2. Относительные:
- а) разлитой гнойный перитонит;
  - б) обширная забрюшинная гематома.

Для длительной декомпрессии кишечника непригодны трубки из красной резины и силикона. Они прогибаются в зоне боковых отверстий. А.Ю. Сапожков и В.И. Никольский пользуются трубками из поливинилхлорида с внутренним диаметром 0,35 см; для тотальной интубации длина трубки должна быть не менее 300 см, а для частичной интубации 150—170 см.

### **Противопоказания для трансназальной ДДК:**

1. опухоли, рубцовые сужения, варикозное расширение вен пищевода;
2. искривление носовых перегородок.

Проведению зонда через дуоденальный изгиб помогает металлический зонд (биопсийные щипцы фиброгастродуоденоскопа) или помещение трубки в морозильную камеру холодильника.

Если исчерпаны возможности трансназального пути проведения, хирургу нужно искать другой способ ДДК.

Для успешного проведения зонда во время операции хирург отсекает спайки, фиксирующие желудок, двенадцатиперстную кишку, тонкую кишку в области трейцевой связки, по возможности выправляя в одну линию эти органы. Интубация осуществляется методом поэтапного нанизывания кишки на дренаж. Следует избегать резких движений, чтобы не провоцировать повреждений кишки.

Если трансназальное проведение зонда не удастся, то применяется упрощенная методика — проведение зонда через гастростому или энтеростому.

При необходимости эвакуации жидкости из терминального отдела тонкой кишки зонд проводится через илеостомию.

### **2.3. Инвагинация кишечника**

Инвагинация — внедрение проксимального отдела кишки в дистальный — может возникнуть на всем протяжении кишечной трубки, но наиболее часто в илеоцекальном углу, когда конечный отдел подвздошной внедряется в восходящую кишку.

По данным разных статистических исследований частота инвагинаций кишечника колеблется от 9,2 до 15,6% от всех случаев ОКН, а у детей значительно чаще. По данным А.П. Лебедева<sup>1</sup>, соотношение мужчин и женщин в возрасте от 21 до 30 лет составляет 6:1, и он пытается объяснить это явление тем, что у мужчин сильнее развит брюшной пресс, они чаще заняты тяжелой работой, что обуславливает зна-

<sup>1</sup> Лебедев А.П. Инвагинация кишечника. Минск, 1969, с. 168.

чительное повышение внутрибрюшного давления. Инвагинация относится к смешанной категории ОНК (странгуляция + обтурация). Вследствие нарушения кровообращения и появления воспалительного отека формируется опухолевидное образование, состоящее из 3 цилиндров: наружный (воспринимающий), внутренний и средний — образующие. Между двумя последними всегда в большей или меньшей степени ущемляется брыжейка, от этого главным образом зависит тяжесть течения инвагинации.

В терминологии инвагинации существуют различные формы (по участку внедрения), но наиболее часто образуются так называемые слепо-ободочная и подвздошно-ободочная формы, когда подвижная слепая кишка внедряется в восходящую или концевой отдел подвздошной кишки внедряется в восходящую. Последняя форма является тяжелой, поскольку вместе с кишкой внедряется брыжейка и наступает настоящая странгуляция.

При первой форме (слепо-ободочной) симптомы напоминают аппендикулярные, и диагноз аппендицита ставится довольно часто.

При второй форме (подвздошно-ободочной) клиническая картина проявляется в виде полной странгуляционной ОНК. Точно так же проявляется тонкокишечная инвагинация.

Толстокишечная инвагинация нередко протекает хронически, по типу неполной кишечной непроходимости.

Значительно реже встречается ретроградная или восходящая инвагинация (тонкой кишки в желудок) через гастроэнтеростомическое отверстие после ГЭ или резекции желудка с задним ГЭ.

В приведенном мною случае послеоперационного осложнения можно усмотреть такого рода частичную инвагинацию. Тогда, в 1953 году, возникшая после операции резекции желудка острая непроходимость гастроэнтероанатомоза не была расценена как инвагинация (непосредственного вторжения кишки в желудок не было), но задняя стенка анастомозированной кишки «сделала попытку» внедриться через анастомоз и плотно прикрыла выход из желудка.

Проникновение одной кишки в другую может достичь прямой кишки и даже выпасть наружу через нее. По-видимому, о такой возможности хирурги знали давно. А.П. Лебедев приводит казуистический случай Кушинга, когда он, диагностировав в 1906 году инвагинацию, решил выжидать, когда омертвевший инвагинат самопроизвольно выделится через прямую кишку (в те годы оперативное лечение давало очень высокую летальность — 50—60%, а консервативное лечение путем вдувания воздуха и повышенного гидростатического давления — 30—35%).

Среди причин происхождения инвагинации называют воспалительные заболевания кишечника (энтероколит), полипы, культы аппендикса после перевязки аппендикса и брыжейки единой толстой лигатурой, расстройства перистальтики, физические напряжения, постоянное питание грубой пищей, гельминтоз.

Заболевание может начаться с сильнейшей боли в животе, особенно при тонкокишечных и подвздошно-ободочных инвагинациях. В отличие от других форм ОНК при инвагинации, особенно у детей, можно пальпаторно определить продолговатую эластической консистенции болезненную «опухоль».

Вздутие живота, как типичный симптом ОНК чаще отсутствует, но схваткообразные боли, задержка стула и газов (иногда не полная) присутствуют всегда, рвота встречается в 80%, кровянистые выделения (симптом Крювелье) — часто.

Уточненная диагностика связана с рентгенологическим исследованием (обзорное, контрастное per os, контрастное per rectum). Иногда ирригоскопия способствует дезинвагинации толстокишечного инвагината. Консервативное лечение широко применяется в странах Европы и Австралии, сообщений о консервативном лечении в СССР и России очень мало. Среди методов консервативного лечения первое место занимает сифонная клизма, а также ирригоскопия с введением бария под умеренным давлением. По мнению А.П. Лебедева, консервативное лечение эффективно только при слепо-ободочных и нисходящих толстокишечных инвагинациях. Оно должно применяться по строгим показаниям, в хирургическом стационаре, чтобы в любой момент предпринять хирургическое лечение.

Хирургическое лечение складывается из следующих вариантов:

- 1) дезинвагинация;
- 2) резекция всего инвагината;
- 3) обходной анастомоз.

Дезинвагинация, как правило, возможна в первые сутки болезни. Она может сопровождаться аппендэктомией, если обнаруживаются изменения в аппендиксе. При подвижной соесит производится цекопексия.

Летальность при хирургическом лечении инвагинации зависит от возраста, сроков инвагинации, объема хирургического вмешательства. В среднем она равна 12—15% и соответствует средним показателям других форм ОНК.

#### **2.4. Острая obturационная толстокишечная непроходимость на почве опухоли (ООН)**

Рак толстой кишки наряду со спаечной болезнью является наиболее частой разновидностью ОНК.

Диагностика такой непроходимости не представляет затруднений, если о ней подумать и немедленно после поступления больного предпринять обзорную рентгенографию и ирригоскопию. Фиброколоноскопия в этих случаях менее информативна.

Диагноз obturационной ОНК на почве опухоли толстой кишки — есть абсолютное показание к экстренной операции. Не следует терять время на дополнительное обследование, уточнение диагноза и

дооперационного планирования операции; ближайшее после установления диагноза время лучше употребить на подготовку к операции — поддерживающую терапию, коррекцию сопутствующих заболеваний, декомпрессию верхних отделов кишечника.

Выбор способа операции должен опираться на достоверный диагноз, степень выраженности кишечной непроходимости (компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную).

Выбор метода при опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимости представляет из себя нелегкую мыслительную задачу.

Каковы возможности хирурга при этой патологии?

1. Резекция кишки вместе с опухолью и наложение прямого анастомоза.
2. Резекция кишки с опухолью и выведение проксимального отрезка кишки в виде наружного толстокишечного свища.
3. Резекция кишки с опухолью, наложение анастомоза — бок проксимальной части в конец дистальной с выведением проксимального конца кишки на брюшную стенку.
4. Наложение межкишечного соустья с выведением петли кишки с опухолью за пределы брюшной полости.
5. Наложение anus praeternaturalis.

Некоторые специалисты эндоскопической хирургии считают возможным при ОКН производить лапароскопию с целью рассечения одиночных спаек, ущемляющих кишку. Можно привести множество серьезных возражений против введения лапароскопа в хаотически расположенные раздутые петли кишок, но я задам один только телеологический вопрос: «Зачем?». Только для демонстрации возможностей лапароскопии? Слишком рискованно!

Я приведу слова С.А. Совцова с соавт. относительно возможных осложнений при лапароскопической операции по поводу ОКН: «Накопленный нами опыт свидетельствует о высокой степени риска повреждений кишечной петли и ее брыжейки при проведении первого инструмента в брюшную полость»<sup>1</sup>.

Безопасное манипулирование специальными инструментами при лапароскопической операции по поводу ОКН доступно, вероятно, очень опытному специалисту. Замечание С.А. Совцова с соавт. предостерегает начинающих лапароскопистов от таких манипуляций.

Важное замечание: перед введением большого в наркоз нужно вставить зонд в желудок для профилактики регургитации желудочного содержимого в дыхательные пути.

Наилучшим доступом при неопределенном расположении препятствия является средне-срединная лапаротомия. По характеру выпота в брюшной полости уже можно судить о тяжести поражения.

<sup>1</sup> Совцов С.А. и др.//Материалы IX Всероссийского съезда хирургов (20—22 сентября 2000 г., Волгоград), с. 213.

Не всегда сразу удается определить место препятствия среди раздутых кишок. Но есть прием скорой диагностики: хирург находит фиксированную на обычном месте слепую кишку и на ощупь определяет ее наполнение — если она раздута, то препятствие находится дистальнее в толстой кишке; если она пустая, то препятствие в тонкой кишке.

Не обязательно сразу искать *locus morbi*; целесообразнее освободить раздутые кишки от жидкости и газов. Если нет возможности провести зонд *per os* или *per ani*, то следует вывести одну раздутую петлю за пределы раскрытой брюшной полости, обложить ее со всех сторон салфетками, сделать пункцию толстой иглой или тонким троакаром и активно отсосать содержимое.

Рассмотрение комплекса вопросов, связанных с ОКН, показывает, что врачебный коллектив, участвующий в лечении такого больного (дежурная бригада), должен быть всесторонне медицински и хирургически образованным. ОКН — очень тяжелая болезнь, несущая испытание на крепость хирургу и его помощникам.

Весьма любопытные данные приведены в материалах IX съезда хирургов о летальности при хирургическом лечении. Так, в докладе Л.С. Толстокорова с соавт. (г. Саратов) приводятся данные о 62 больных, оперированных после доставки из ЦРБ. В разных группах летальность была 13,1% и 18,8%. Вывод, который делают авторы: нужно доставлять больных из ЦРБ в Областную больницу раньше! Районные хирурги долго раздумывали и в результате 53,2% больных были доставлены позже 24 часов! Мне представляется такое положение неправильным, связанным скорее с низкой квалификацией хирургов ЦРБ.

Для диагностики ОКН не нужна сложная аппаратура, монополизованная областными больницами; правильный диагноз может быть установлен в ЦРБ с ее скудной аппаратурой, но с хирургами, усвоившими основы клинического мышления.

Для подтверждения этой мысли приведу доклад Н.В. Комарова.

Ведущий хирург ЦРБ из г. Павлово Нижегородской области с соавт. сообщает, что по поводу ОКН оперировано 86 больных; после операции умерло двое (!), то есть летальность равна 2.3%. Это самая низкая послеоперационная летальность из всех приведенных материалов съезда!

Павловская ЦРБ оснащена как обычная районная больница, в ней нет никакой особой аппаратуры, но что совершенно бесспорно, так это наличие высококвалифицированных хирургов и особенно ведущего хирурга Н.В. Комарова, который озабочен не только действиями у операционного стола, но и эффективной организацией экстренной хирургической помощи жителям района.

По-видимому, усилия главных хирургов областей должны быть направлены на комплектование ведущих хирургов ЦРБ специалистами высокого уровня.



К сожалению, на съезде за множеством 3-10 минутных докладов естественного вывода об улучшении результатов хирургического лечения ОКН не прозвучало.

В качестве альтернативы результатам Павловской ЦРБ приведу доклад профессора Э.И. Романова и А.В. Шахова<sup>1</sup> (Н. Новгород).

Из 120 летальных исходах при ОКН, имевших место в хирургических стационарах г. Нижнего Новгорода в разные годы (муж. — 61, жен. — 59, средний возраст 63,2 года), больные с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) составили 80,8%. В 46,7% случаев причины смерти были связаны с поздним хирургическим вмешательством: позднее обращение за медицинской помощью — 33 человека, диагностические ошибки — 10, длительное консервативное лечение — 9, отказ больных от операции — 4. Летальные осложнения во время операции наступили у 8 больных (6,6%): остановка сердца на операционном столе — 5, регургитация и аспирация рвотных масс — 2, острая сердечная недостаточность — 1,30% среди причин летальных исходов составили внутрибрюшные осложнения: несостоятельность кишечных швов и анастомозов — 22, продолжающийся перитонит и абсцессы брюшной полости — 10, ранняя послеоперационная ОСКН — 4. Развитию их способствовали неправильный выбор объема резекции некротизированного кишечника, непринятие мер по его декомпрессии, несовершенная техника кишечного шва, неполноценные санация и дренирование брюшной полости. У 20 больных к летальному исходу на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний привели сердечно-сосудистая (9) и печеночно-почечная недостаточность (3), пневмония (4), тромбэмболия легочной артерии (2) и острое нарушение мозгового кровообращения (2). Для снижения летальности при ОКН необходимо сокращение сроков доставки больных в стационар, ранняя диагностика и адекватная операция, интенсивная коррекция гомеостаза, профилактика и лечение полиорганной недостаточности.

Из приведенных данных (впрочем, и из других докладов) одной из причин летальных исходов является поздняя доставка больных. В докладе Э.И. Романова подчеркивается, что в 46,7% случаев летальный исход был связан с поздней доставкой!

Это свидетельствует о низком уровне догоспитальной диагностики, недостаточной квалификации врачей первого звена (скорая помощь, поликлиника), и отсутствием четкого алгоритма лечения ОКН на всех этапах, которые должны быть разработаны ведущими клиниками, как это сделано в том же Нижнем Новгороде по отношению к острому холециститу.

<sup>1</sup> Романов Э.И., Шахов А.В. Причина летальных исходов при острой кишечной непроходимости//Материалы IX Всероссийского съезда хирургов (20—22 сентября 2000 г., Волгоград), с. 206.

## Глава XVI. Острые гинекологические заболевания

Нередко в хирургический стационар доставляют женщину с острым заболеванием брюшной полости, и при первичном осмотре хирург определяет гинекологическое заболевание. Что же должно следовать за этим? Неужели вновь положить больную в машину и отправить в гинекологическое отделение? Конечно, нет! В практике хирургических отделений всегда насчитывается несколько экстренных операций, произведенных по поводу острых гинекологических заболеваний.

К тому же не всегда диагноз очевиден: хирург начинает операцию по поводу «своего» заболевания, а при лапаротомии обнаруживается определенная гинекологическая патология.

Мы не считаем это грубой ошибкой: любой дежурный хирург справится с внематочной беременностью или перекрученной кистой яичника.

### 1. Внематочная беременность (ВБ)

В подавляющем большинстве случаев это трубная беременность. Она манифестируется вследствие разрыва трубы на 4—6 неделе беременности с кровотечением в свободную брюшную полость. Обычно ВБ сопровождается признаками беременности (задержка менструации, увеличение матки, набухание молочных желез). Когда эти признаки очевидны, а у больной наблюдаются симптомы внутреннего кровотечения, диагноз определяется быстро и операция производится без задержки, но иногда больная не считает себя беременной, а в определенной ситуации решительно отвергает подобное предположение.

**Пример.** В октябре 1950 года в Троицкую городскую больницу Челябинской области была доставлена больная 33 лет — ассистент местного ветеринарного института. Незадолго до поступления она почувствовала сильную боль внизу живота, легкое головокружение и тошноту. Несмотря на то, что институт располагался рядом с больницей, она вызвала машину скорой помощи, поскольку чувствовала заметную слабость и ходить самостоятельно не могла. При осмотре определялась равномерная болезненность внизу живота, и намечался симптом Блюмберга в обеих подвздошных областях.

Я заподозрил внематочную беременность и спросил у больной, возможна ли беременность. Она резко отвергла такую возможность. Дело в том, что Троицк — небольшой и компактный городок, где все друг друга знают, и беременность незамужней молодой женщины — преподавателя института — должна была стать городской новостью. Я пригласил гинеколога, и мы вместе стали расспрашивать больную. Гинеколог объяснил больной, что если беременность в принципе возможна, то у нее она внематочная, и операция должна идти под наркозом и срединным разрезом. Если же она категорически беременность отрицает, то скорее всего у нее аппендицит, и операция пойдет под местной анестезией разрезом справа, и если вдруг окажется,

что разорвана *левая* труба, то придется делать еще один разрез слева (!) поскольку из правого аппендикулярного разреза сделать качественную операцию очень трудно.

Поскольку больная продолжала отрицать беременность, мы удалили из приемного покоя весь персонал и обещали больной, что ее «грех» не будет обнаружен.

Тогда больная согласилась на откровенность и сказала, что беременность возможна. Гинеколог в связи с такой развязкой не стал производить вагинального обследования и пункции заднего свода. Мы сразу помылись, и я сделал нижнесрединную лапаротомию. В брюшной полости было около 300 мл крови, но каково было наше изумление и смятение, когда вместо разрыва трубы мы увидели разорванную кисту правого яичника. Поскольку яичник был весь кистозно изменен, мы убрали его и радовались, что больная оперирована под наркозом и нашего позора не видела.

Этот случай (в который раз!) показывает, что хирургическое вмешательство «по горячим следам» — прямая дорога к врачебным ошибкам! Вместо того чтобы сделать анализы, манипуляции, уточняющие диагноз, мы занимались необязательными пикантными подробностями анамнеза.

Больная не пострадала, тайна наших разговоров не была разглашена, но через 50 лет не проходит чувство неловкости от столь непрофессионального поведения двух молодых друзей — хирурга и гинеколога.

## 2. Перекрученная киста яичника

Это патологическое состояние сопровождается нарушением кровоснабжения с последующим кровоизлиянием в полость кисты, разрывом стенки и кровотечением в брюшную полость.

В хирургическое отделение обычно поступают больные, не находившиеся на лечении в гинекологических отделениях.

Больные вызывают бригаду скорой помощи в связи с появлением сильных болей в животе в подчревной области с иррадиацией в промежность. Часто — тошнота и рвота. Имеется напряжение мышц передней брюшной стенки локальное, в проекции кисты.

Если врач скорой помощи пропальпирует большую кисту, он повезет больную в гинекологическое отделение. В хирургический стационар попадают больные с небольшими кистами, которые определяются только при бимануальном исследовании, чего, конечно, врач скорой помощи сделать не сможет.

Если прошло много времени с начала заболевания, появился некроз стенки кисты и воспалительный инфильтрат, то можно определить симптомы ограниченного перитонита.

Диагноз перекрученной кисты яичника диктует экстренную операцию. Производится удаление кисты с тщательным укрытием ее ножи во избежание спаечного процесса в последующем.

## Глава XVII. Маски острого живота (псевдоабдоминальный синдром)

**Псевдоабдоминальный синдром (ПАС)** — термин широко распространенный в клинической литературе, объединяющий заболевания различных органов и систем организма с симптоматикой, характерной для «острого живота».

К таким заболеваниям относятся нижнедолевая пневмония, плеврит, стенокардия, некоторые формы инфаркта, расстройства кровообращения кишечника, острый пиелит, пиелонефрит, паранефрит, острая задержка мочеиспускания, мочекаменная болезнь (почечная колика), опоясывающий лишай, пищевая токсикоинфекция, сахарный диабет, периодическая болезнь и ряд других более редких заболеваний.

В своем анализе я остановлюсь не некоторых из перечисленных болезней и на других, с которыми приходилось встречаться в своей хирургической практике.

Что касается легочной патологии, то диагноз разрешается объективными методами обследования; однако если эти обследования не проведены, то возможны трагические ошибки.

### 1. Пневмония

**Пример.** В 1945 г., еще не будучи врачом, я дежурил в клинике Е.Л. Березова в качестве волонтера и помощника. В то время дежурил **один хирург**, и все операции он проводил со студентами-волонтерами и операционной сестрой.

Поступила больная 22 лет с сильными болями в правом подреберье, сопровождающимися симптомом Кера, Ортнера, Блюмберга, Френкиус-симптомом и резким усилением болей при глубоком вдохе. Дежуривший молодой хирург сразу настроился на операцию по поводу острого холецистита — операции, которой он еще ни разу не делал. Этот хирург владел очень хорошей хирургической техникой и неоднократно выигрывал состязание между молодыми хирургами на скорость исполнения аппендэктомий. И эту операцию он обещал сделать быстро, для чего предпочел не местную анестезию, а наркоз эфиром через маску Эсмарха. Во время операции мы увидели неизменный желчный пузырь. Хирург долго ощупывал пузырь, затем заявил, что он продвинул камень из пузыря в желчный проток, а из протока — в двенадцатиперстную кишку. Предъявить что-либо в качестве препарата на утренней конференции мы не могли.

Но утром выяснилось, что у больной очень резкая одышка, очень высокая температура, затемненное сознание. Через сутки после операции больная скончалась. Был большой переполох в клинике, поскольку, во-первых, у Е.Л. Березова была установка оперировать больных с острым холециститом только в холодном периоде и ни в коем случае на высоте приступа, а, во-вторых, осталось неясным, какая же была патология во время операции.

На вскрытии выявилась тотальная правосторонняя плевропневмония с преимущественным поражением нижней доли. В брюшной полости никакой патологии не было найдено. Поскольку после операции прошло немного времени, патологоанатом попытался найти камень, «продвинутый в двенадцатиперстную кишку», но никакого камня найти не удалось.

Молодой и очень перспективный хирург уволился из клиники, и приведенный выше случай сыграл в этом определенную роль.

С.П. Федоров в своей знаменитой статье «Хирургия на распутье» назвал определенную категорию хирургов «джигитами», людьми повышенного темперамента, готовыми осваивать высокую хирургию **с ножом наперевес**.

Приведенный выше случай является примером отсутствия у хирурга не только телеологического, но и вообще какого-либо врачебного мышления.

## 2. Почечная колика

**Пример 1.** Клиника Е.Л. Березова размещалась на базе 7-й хирургической больницы. Главным врачом больницы был ассистент клиники, кандидат медицинских наук С.В. Т-в.

Однажды он пожаловался на боли в правой подвздошной области. Коллеги диагностировали острый аппендицит и сделали операцию, удалив флегмонозно измененный (!?) аппендикс.

В день выписки (8-й день) у него внезапно вновь появились резкие боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в мочеиспускательный канал, микрогематурия, а к концу дня он «вымочил» небольшой камешек.

Стало очевидным, что аппендэктомия была сделана по поводу приступа мочекаменной болезни (почечной колики).

Больные с почечной коликой доставляются не в урологическое, а в хирургическое отделение.

При описании дифференциальной диагностики острого аппендицита на первом месте стоит почечная колика, при описании дифференциального диагноза приступа мочекаменной болезни на первом месте стоит аппендицит.

При поступлении больного с диагнозом острый аппендицит **обязательно** нужно выяснить из анамнеза наличие дизурических расстройств, произвести анализ крови и мочи, отсутствие лейкоцитоза и наличие микрогематурии говорит в пользу почечной колики.

Как это нередко бывает, когда заболевает врач, тем более главный врач, в общей суматохе забыли сделать элементарный общий анализ мочи...

**Пример 2.** В 1956 году в больницу Верхневолжского пароходства поступил механик плавсостава с жалобами на сильные постоянные боли в животе, резкое вздутие живота, однократную рвоту.

При осмотре больного — состояние средней тяжести, одышка, легкий цианоз, вздутие живота, высокий тимпанит при перкуссии и отсутствие кишечных шумов при аускультации живота. Больного осматривала доцент клиники госпитальной хирургии, доктор медицинских наук, и разбирала больного с группой студентов. Она сделала вывод, что у больного имеется острая непроходимость кишечника и нужно готовить операцию.

Как заведующий отделением, обязанный осматривать каждого поступившего, я осмотрел больного, и мне показалось, что некоторые симптомы противоречат клинике ОНК:

1. отсутствие усиленных кишечных шумов, характерных для начальной фазы механической ОНК;
2. однократная рвота, не имеющая продолжения;
3. отсутствие симптомов раздражения брюшины;
4. положительный симптом Пастернацкого.

Я назначил анализ мочи, и выяснилось, что у больного эритроциты в моче.

С целью дифференцировки механической и динамической непроходимости и оказания помощи, если у больного почечная колика, я произвел больному двухстороннюю окологречечную новокаиновую блокаду. Через полчаса у больного началось интенсивное отхождение газов, живот уменьшился в размерах, отчетливо стали прослушиваться кишечные шумы.

Окончательный диагноз — мочекаменная болезнь, почечная колика. Ванна и анальгетики помогли полностью снять приступ.

Следовательно, почечная колика может симулировать и острый аппендицит, и ОНК, т.е. наиболее частые заболевания из круга «острого живота».

### **3. Острая задержка мочеиспускания (ОЗМ)**

Больной с острой задержкой мочеиспускания, как и 50 лет тому назад, доставляется не в урологическое, а в хирургическое отделение, несмотря на то, что ОЗМ в 95—98% случаев связана с аденомой предстательной железы, которая в современных условиях оперируется только в урологических отделениях<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> В 50—60-е годы больные с ОЗМ доставлялись в дежурные больницы, в которых не было урологического отделения, например, в больницу №5, в которой размещалась госпитальная хирургическая клиника. После выведения больного из состояния мочевой гипертензии (катетер, пункция, эпицистостома), ему предлагалась и осуществлялась аденомэктомия. В середине 60-х годов по инициативе одного ассистента клиники начали производить аденомэктомию на высоте приступа ОЗМ — при наличии подходящих условий: сравнительно удовлетворительное состояние, отсутствие почечно-лоханочной гипертензии, нормальные показатели остаточного азота. В клинике и в настоящее время нет урологического отделения, но для аденомэтомии больные переводятся к урологам.

Для оказания помощи при ОЗМ, как правило, применяли металлический катетер. Поскольку при этом нередко травмируется простатическая часть уретры, мы обучали молодых хирургов этой манипуляции.

1. Металлический катетер легко доходит до простатической части, а там продвижение его затруднено.
2. Дальнейшее его продвижение осуществляется под контролем левой руки, два пальца которой вводятся в прямую кишку. Этими пальцами контролируется осторожное продвижение катетера вплоть до его вхождения в мочевой пузырь.

Несмотря на четко разработанную методику проведения металлического катетера, мы порекомендовали дежурным хирургам не пользоваться им совершенно по следующим соображениям.

1. Полностью избежать травмы простатической части уретры не представляется возможным.
2. Долго держать металлический катетер в мочевом пузыре нельзя, его нужно удалить сразу после отхождения мочи.
3. Следует сделать попытку ввести тугоэластический катетер; но в тех случаях, когда это не удается, лучше всего сделать пункцию или поставить микроэпицистостому.

Операцию аденомэктомии лучше произвести после нормализации всех урологических параметров (мочевина, креатинин, воспалительные элементы в моче, **нормальный** диурез и удельный вес мочи).

Псевдоабдоминальный синдром, как правило, не ведет к экстренной операции; тем не менее, каждый больной с ПАС должен быть госпитализирован в хирургическое отделение, где его надлежит обследовать и установить истинный диагноз.

Больные с более серьезной патологией органов урологической системы должны госпитализироваться в специализированные урологические отделения.

#### 4. Острый мезентериальный лимфаденит

Поводом для госпитализации в хирургическое отделение этих больных является острый приступ боли, тошнота, иногда рвота и диарея, высокая температура (38,5—39 °С), лейкоцитоз (20—30 тыс), симптомы раздражения брюшины.

Дежурный хирург, приняв такого больного, несомненно заподозрит какую-то катастрофу в брюшной полости: аппендицит (?), холецистит (?), флегмона желудка, кишки (?). Будет ли хирург в такой ситуации добиваться уточненного диагноза? Скорее, он остановится на рабочей гипотезе «острого живота» и при известном постоянстве симптомов предложит больному операцию.

Решит ли вопрос о показаниях к операции лапароскопия? Не говоря уже о том, что в рядовой городской или районной больнице за пределами рабочего времени (с 8 до 15 часов) оберегаемый «как зе-

ница ока» единственный в отделении лапароскоп недоступен дежурному хирургу; лапароскопист не увидит ничего, кроме, может быть, небольшого количества негнойной жидкости. И поскольку выраженных симптомов «острого живота» вполне достаточно, больному предлагается операция.

Правда, при повторном поступлении больного и наличии операционного рубца на животе, наличии справки с указанием о проведенной ранее операции по поводу **мезентериального лимфаденита** можно не торопиться с операцией, а предпринять интенсивную антибактериальную терапию с **обязательным** эндолимфатическим введением антибиотиков с помощью пункции лимфоузла в паховой области.

Это мероприятие будет весьма полезным и после лапаротомии, при которой в брыжейке тонкой кишки обнаружится множество резко увеличенных лимфоузлов. Целесообразно убрать 1—2 лимфоузла для посева (идентификация флоры) и гистологического исследования.

После стихания острых явлений некоторые хирурги рекомендуют физиотерапию. Однако ее не стоит назначать до получения результатов бактериологического анализа и биопсии, т.к. причиной лимфаденита может быть туберкулезная инфекция.

## **5. Острые заболевания и обострения заболеваний печени, сопровождающиеся болевым приступом**

Если больной поступает в хирургическое отделение с ООХ и желтухой, то наличие показаний к экстренной операции позволяет отнести дифференциальную диагностику желтухи на этап операции. Другие желтухи (механическая, холангит) подробно рассмотрены в специальных монографиях; **но есть случаи, когда наличие желтухи сбивает с толку хирурга** и иногда приводит к трагическим ошибкам.

**Острый гепатит.** Следует помнить, что сильные боли в животе (в правом подреберье) могут возникнуть при некоторых заболеваниях печени. Бывает это нечасто, однако иногда хирург во время операций неожиданно для себя вместо воспаленного желчного пузыря обнаруживает измененную печень и только это.

**Обострение циррозов печени.** Как известно, монотонно-прогрессирующее течение цирроза печени часто нарушается каким-нибудь осложняющим эпизодом (кровотечение, массивные некрозы). Если массивные некрозы локализируются в правой доле печени, то не исключен острый приступ болей в правом подреберье.

При циррозе печени обострение болей в животе иногда связано с инфицированием асцитической жидкости, в особенности через несколько дней после парацентеза. Здесь уместно применить лапароцентез («шарящий» катетер) с немедленным бактериоскопическим исследованием полученного материала или лапароскопии.



Изучение собственных диагностических ошибок подтверждает вывод о том, что экстренные и срочные операции в хирургии желчных путей не могут производиться без тщательного собирания анамнеза, подробного осмотра, правильной интерпретации, срочной оценки полученной информации и применения инвазивных методов обследования как до, так и во время операции.

## 6. Редкие заболевания брюшной полости

**Острое расширение желудка (ОРЖ).** Острое расширение желудка возникает на почве острых нервно-рефлекторных нарушений моторной деятельности желудка. Заболевание возникает после обильного приема пищи, а также в послеоперационном периоде (Д.Ф. Скрипниченко, 1970).

ОРЖ сопровождается (или следует *за*) смещением и натяжением петель брыжейки тонкого кишечника и сдавлением верхней брыжечной артерией и веной нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки. В номенклатуре IX пересмотра комиссии ВОЗ в 1975 г. такая непроходимость носит название — «острая артерио-мезентериальная непроходимость».

Иногда ОРЖ встречается после операции не только в брюшной полости, но и на позвоночнике и даже конечностях.

Диагноз может быть трудным только в тех случаях, когда это заболевание не оставило следов в памяти лечащего врача. Обильная рвота (6—8 литров жидкости в сутки) и быстрое истощение направляют хирурга в русло правильного диагноза.

Плохо, если хирург об этом заболевании не подумал, и тогда вследствие яркости клинической картины ОРЖ у него появится желание оперировать больного.

А между тем — это заболевание **лечится консервативно** и быстро: зонд в желудок, поставить больного в положение *a la vache* или положить вниз животом на кровать и приподнять ножной конец.

**Флегмона желудка.** Это заболевание возникает вследствие повреждения слизистой инородными телами, грубой пищей и вторичного проникновения микробов в стенку желудка.

Заболевание начинается остро с сильных болей в эпигастральной области, с высокой температурой, рвотой, резким нарушением питания (извержение любой пищи).

Диагноз флегмоны желудка ставится редко: заболевание начинается с воспаления подслизистого слоя, поэтому при гастроскопии характерных изменений не обнаруживается.

При рентгеноскопии определяется неперистальтирующий желудок с утолщенной стенкой.

**Пример.** В 1946 г. студент 4-го курса А. во время прохождения практики в хирургической клинике внезапно почувствовал сильные боли в эпигастральной области, была однократная рвота. Поскольку у него в

анамнезе был обозначен хронический гастрит, то решили, что у него началось обострение. На занятия он пришел только через два дня, бледный, осунувшийся и жаловался на боли.

Его осмотрел профессор Е.Л. Березов и направил на рентгеноскопию. Рентгенолог Н.П. Сок-ва — весьма квалифицированный врач, высокий специалист в области заболеваний желудка — с ужасом поведала Е.Л., что у этого студента... скirrрозный рак по типу *linitis plastica* с тотальным поражением желудка. По-видимому, произошла утечка информации (скорее всего от сестер), и наш товарищ, понимая бесполезность операции, покинул клинику и учебу, и стал тайком лечиться у знахарки.

Мы ничего не знали о нем около 3-х месяцев. Затем он появился бодрый, веселый и без жалоб. Н.П. Сок-ва вновь сделала рентгеноскопию и **увидела нормальный желудок**.

Она высказала предположение, что у студента А. была флегмона желудка, которую удалось вылечить **консервативно**. Оказалось, что больной принимал какие-то сборы трав. Диагноз не был подтвержден биопсией, но ведь не от тотального рака *linitis plastica* излечился больной! Обсуждение в кругу преподавателей выявило общее мнение: имела место флегмона желудка с острым началом и пролонгированным abortивным течением.

**Болезнь Крона (терминальный илеит)**. В 1932 году Crohn, Ginsburg a. Oppengeimer описали 14 случаев терминального илеита<sup>1</sup>.

Согласно описанию А.И. Абрикосова терминальный илеит является региональным катарально-геморрагическим воспалением конечного отдела подвздошной кишки с изъязвлением слизистой оболочки и последующим разрастанием соединительной ткани.

На протяжении последующих 30-ти лет диагноз болезни Крона стал выставляться гораздо чаще. Но это не обязательно вследствие бурного увеличения количества больных с этим заболеванием, а скорее — вследствие более близкого знакомства с ним.

Начало заболевания связывают с теми же причинами, что и при флегмоне желудка.

Клиническое течение болезни весьма напоминает симптоматику острого аппендицита, и в большинстве случаев хирург идет на операцию с диагнозом острый аппендицит.

Во время операции хирурга подстерегает ошибка: при выраженной клинике отсутствие выраженных изменений в отростке должно побуждать осмотр терминального конца подвздошной кишки. Если хирург этого не сделает, то произойдет интраоперационная ошибка.

При сохраненной целостности пораженного участка кишки хирург может ограничиться введением в брыжейку 0,25%-го раствора новокаина с антибиотиками.

<sup>1</sup> Цитата А.Ф. Скрипниченко.

Резекция кишки показана при перфорации, флегмоне кишки (пункционная биопсия с экстренным исследованием пунктата) или стенозе.

А.Ф. Скрипниченко рекомендует сделать обязательно аппендэктомии. Полагаю, что ее следует сделать только при наличии каких-либо изменений в отростке.

**Периодическая болезнь (ПБ)<sup>1</sup>.** Это заболевание кроме приведенного термина имеет синонимы: **армянская болезнь**, перитонит периодический, Рейманна синдром, Сигала-Маму болезнь, средиземноморская семейная лихорадка. В самом разнообразии терминов содержатся и определенные черты болезни.

Это сравнительно редкое генетически обусловленное заболевание имеет достаточно четкое патологоанатомическое выражение в виде серозита и амилоидоза.

Первое описание относится к XVII веку, но лишь в 1949 году Sh. Sigal подробно описал клинику и указал на этническую избирательность и наследственный характер болезни.

Нозологическая форма этого заболевания была признана в 70-х годах после IX пересмотра комиссии ВОЗ номенклатуры причин болезни и смерти.

Заболевание поражает преимущественно армян, сефардов, арабов, т.е. тех народностей, предки которых жили в бассейне Средиземного моря. Все остальные этнические группы составляют только 6% от числа заболевших ПБ.

Заболевание начинается преимущественно в детском и юношеском возрасте.

В качестве одной из этиологических причин указывают на врожденный метаболический и энзимативный дефект.

В основе клинических рецидивов болезни лежит доброкачественное поверхностное асептическое воспаление серозных оболочек, главным образом брюшины, плевры, синовиальных оболочек суставов.

Заболевание сопровождается амилоидозом и протекает в двойной генетической последовательности:

1. сначала атаки ПБ, затем амилоидоз;
2. сначала амилоидоз, а затем атаки ПБ.

Во время острого приступа возможен небольшой серозный выпот и умеренное увеличение лимфоузлов.

Выделяют 4 клинических варианта: абдоминальный, торакальный, суставной и лихорадочный.

К синдрому «острого живота» имеет отношение абдоминальный вариант, при котором обнаруживаются симптомы острого воспаления брюшины и частичной непроходимости кишечника, на которую может

<sup>1</sup> Основные данные заимствованы из статьи О.М. Виноградова//БМЭ, т. XIX, 1982, с. 67—68.

указывать обзорная рентгенография. При ошибочной операции по поводу предполагаемого острого аппендицита, острого холецистита или тонкокишечной непроходимости обнаруживают лишь признаки поверхностного серозного перитонита и умеренный спаечный процесс.

В отличие от истинно хирургических заболеваний все симптомы, трактуящиеся хирургом как вариант «острого живота», **самостоятельно исчезают через 48—72 часа.**

Каждое вмешательство при ПБ влечет за собой увеличение количества спаек, а это, в свою очередь, может явиться причиной истинной механической непроходимости, если не в ближайшем послеоперационном периоде, то в отдаленном будущем.

Поэтому при подозрении на ПБ (а это подозрение может возникнуть при характерном анамнезе и этническом статусе независимо от географической точки нахождения пациентов) диагноз ставится с учетом следующих критериев:

1. начало болезни в детском и юношеском возрасте;
2. нередкое наличие болезни у родственников;
3. наличие в анамнезе нескольких аналогичных приступов;
4. наличие амилоидоза почек.

Иногда, особенно в начале болезни, дифференциальная диагностика невозможна; и тогда прибегают к старинному способу — **исключению всех заболеваний, требующих хирургического вмешательства** (аппендицит, холецистит, язва желудка и двенадцатиперстной кишки и т.п.).

Лечение при достоверном диагнозе только консервативное, скорее симптоматическое, даже после ошибочно произведенной лапаротомии.

Прогноз для жизни зависит от степени амилоидазы почек.

Мне пришлось наблюдать больную — молодую женщину — на консилиуме в одной больнице г. Горького совместно с доктором Лейканасом — замечательным невропатологом. Было это в 1962 году, вскоре после описания этого заболевания Е.М. Тареевым и В.А. Насоновой в 1959 году. Обоснованное предположение Лейканаса о наличии периодической болезни позволило нам отказаться от рекомендации хирургического вмешательства. Через несколько дней больная была выписана из больницы вполне здоровой.

## 7. Инфаркт миокарда (ИМ)

Начало заболевания характеризуется сильнейшим приступом за грудиных болей с иррадиацией в разные отделы грудной клетки и плечевых поясов.

Типичные проявления инфаркта миокарда встречаются часто, но не всегда. Особенно при повторных инфарктах миокарда возможно начало по типу «острого живота» с локализацией болей в эпигастраль-

ной области, что заставляет иногда врача скорой помощи ставить диагноз прободной язвы или панкреатита, поскольку при последнем (так же, как и при инфаркте миокарда) может явственно проявиться шок, весьма похожий на кардиогенный.

В первоначальной диагностике следует опираться, главным образом, на локальную реакцию со стороны брюшной полости (синдром Блюмберга, притупление при перкуссии, интенсивность кишечных шумов). Тяжелое общее состояние, адинамия, артериальная гипотензия, сердечная и сосудистая недостаточность, нарушение ритма.

В условиях стационара, как правило, проясняет диагноз электрокардиограмма.

Если и после ЭКГ нет ясности (такая ситуация может сложиться при холецистокардиальном синдроме), то в крайнем случае можно прибегнуть к «шарящему катетеру» (но ни в коем случае к **лапароскопии**, при которой необходимо введение газа в брюшную полость).

Дифференциальной диагностике также помогает экстренное исследование активности ферментов в крови (креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы и аминотрансфераз), увеличение которых характерно для инфаркта миокарда.

Дифференциальную диагностику следует проводить в том лечебном учреждении, в котором оказался больной. Ни в коем случае не следует переводить больного в соответствующее отделение (хирургическое или терапевтическое) при наличии даже обоснованного предположения. Больной такого рода должен находиться в реанимационном отделении, и его перевод «по назначению» производится после установления окончательного диагноза.

## 8. Диабет

Декомпенсация диабета с резким увеличением характерных показателей в крови и моче может проявиться в различных симптомокомплексах, особенно при прекоматозном состоянии.

Мне пришлось наблюдать двух больных, у которых прекоматозное состояние выражалось в различных симптомах.

**Пример 1.** Больной 42 лет доставлен ночью на машине скорой помощи в октябре 1986 года с направляющим диагнозом: «острый панкреатит». После обильного ужина накануне с употреблением значительной дозы алкоголя ночью появились вначале несильные, а затем усиливающиеся боли в эпигастральной области, дважды была рвота. Докладываясь, что болей нет, больной в ресторане отравился, вызвали машину скорой помощи. Врач не очень уверенно поставил диагноз острого панкреатита и доставил больного в дежурную больницу. При поступлении обращало на себя внимание беспокойное неадекватное поведение больного, жалобы на боли и общую слабость, учащенное мочеиспускание, сухость во рту.

При осмотре: язык сухой, обложен желто-коричневым налетом, живот несколько вздут, но не напряжен, при пальпации болезненен только в эпигастриальной области, симптом Блюмберга отсутствует, кишечные шумы прослушиваются.

В приемном покое взят анализ крови (ЛК — 9200) и мочи (**удельный вес 1028**). В лаборатории сразу сделали анализ мочи на сахар — (6%), на ацетон (резко положительная реакция) и анализ крови на сахар (18 г/л).

Вопрос о наличии панкреатита не обсуждался, поскольку была очевидная необходимость выведения больного из прекоматозного состояния.

Немедленно было введено 20 ед инсулина внутривенно и 40 ед инсулина внутримышечно. Кроме этого начато введение внутривенно капельно гемодеза, физиологического раствора и 10%-го раствора глюкозы (!) с анализом и под постоянным контролем сахара крови. Через 1 час состояние больного улучшилось, и он рассказал, что диабетом никогда не болел, информация о наличии диабета для него и для родственников была полной неожиданностью.

**Пример 2.** В декабре 1978 года, будучи проездом в городе нашей юности, я навестил своего институтского товарища. Выглядел он неважно: бледный, несколько одутловатое лицо, вялые движения.

Он пожаловался на то, что два дня назад у него был приступ кишечной непроходимости — в течение дня у него 18 раз (!) была рвота. Будучи стажированным врачом, он (как это нередко бывает) за медицинской помощью не обращался и удовлетворился тем, что эти явления самостоятельно прошли.

Через месяц я узнал, что такой же приступ повторился, и он был оперирован при явлениях острой кишечной непроходимости. Мне не известно, в чем выражалась эта непроходимость, но на третий день после операции, по словам его жены (не врача), анализ крови на сахар показал 520 мг% (!), и еще через день он скончался.

Возможно, были какие-то осложнения, связанные с непроходимостью и оперативным вмешательством; однако необыкновенно высокий уровень глюкозы в крови наводит на мысль о диабетической коме. Сопоставляя два аналогичных приступа с интервалом в 2 недели один из которых самостоятельно прошел, а второй послужил поводом для лапаротомии, я полагаю, что имела место диагностическая ошибка.

Ни больной, ни его семья ничего не знали о диабете, все разыгралось внезапно.

Если бы больной обратился за медицинской помощью во время первого приступа, то, попав в стационар, он подвергся бы обследованию, и диабет был бы не только распознан, но и компенсирован с дальнейшей благополучной жизнью.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой книге рассмотрены ситуации, относящиеся к общей хирургии вообще, медицинскому образованию и подготовке хирургов, организации экстренной хирургической помощи, а также проблемы частной хирургии, с которыми сталкивается дежурная хирургическая бригада в стационаре.

Все эти вопросы изложены не в виде инструкций или прямых рекомендаций. Поскольку в каждой теме имеются спорные и нерешенные вопросы, главное внимание уделено собственному взгляду или мнению, основанному на более чем 50-летнем опыте работы в экстренной хирургии. Хирург городской или районной больницы, оказывающий экстренную хирургическую помощь, прежде всего сталкивается с патологией, объединенной названием «острый живот». Рассуждения в рамках этих заболеваний занимают основной объем книги.

Современная хирургия имеет тенденцию к резкому снижению риска операции и воплощается в тезисе: не должно быть летальных исходов, связанных с методикой и травматичностью оперативного вмешательства.

О целесообразности в хирургии написано достаточно подробно и в первой, и во второй частях книги.

Имеется и другая тенденция — перемещение разделов хирургии по значимости. Если в предыдущие 20—25 лет основным заболеванием, служившим поводом к экстренной операции, был острый аппендицит, то в настоящее время во многих хирургических отделениях на первое место выходит острый холецистит.

Это определенно связано с объективными демографическими изменениями, но так же несомненно одной из причин «рокировки» является изменение взглядов на хирургическое лечение этих заболеваний.

Если раньше (60-е — 80-е годы) сомнительный диагноз острого аппендицита все же означал обязательную аппендэктомию, то в конце XX века безусловным показанием к операции является достоверный диагноз, а в сомнительных случаях или при «легкой» клинической картине многие хирурги предпочитают понаблюдать (в разумных пределах времени) за развитием событий, и лишь затем определиться в отношении экстренной операции. Такой подход позволил снизить число «катаральных», а тем более «бледнокатаральных» аппендицитов с 30—40% до 15—20% и в то же время не увеличить числа запоздалых операций.

Во многих случаях исключить деструктивный аппендицит помогает лапароскопия; но обнаружение малоизмененного отростка ставит перед хирургом другие вопросы, скорее, морального порядка.

Число больных с желчнокаменной болезнью нарастает. Среди многих причин этого выделим очевидную: внедрение в медицинскую практику ультразвуковой сонографии — замечательного неинвазивного метода, что позволяет выявить камни почти в 100% случаев. Улучшение диагностики, внедрение малотравматичного вмешательства привело к изменению взглядов на причину возникновения холецистита.

Если в 50-е — 70-е годы основным показанием к операции считалась инфекция, то в настоящее время без сомнения показанием к операции является наличие камней и вызываемые ими осложнения.

Относительно тактики при остром холецистите взгляды изменились столь же радикально: если 20—25 лет тому назад наименее травматичным считалось вмешательство *после стихания* острых явлений, то в настоящее время это положение подвергалось пересмотру в пользу более раннего вмешательства *на высоте приступа*.

Такое изменение взглядов потребовалось не только изложить, но и обосновать, поэтому раздел, посвященный острому холециститу, занимает в книге столь объемное место.

Другие заболевания из раздела «острый живот» (перитонит, панкреатит) изложены на основании сравнительно недавних Всероссийских и Международных форумов.

К сожалению, приходится констатировать, что новые методы лечения этих заболеваний (лапаростомия и др.) не дали резкого снижения летальности.

Эти проблемы относятся к тем «проклятым вопросам», которыми в полной мере насыщена современная медицина (злокачественные новообразования, ВИЧ-инфекция, аллергические болезни и др.) и хирургам придется в ускоренном темпе избавляться от деталей неудачного опыта...

Другие заболевания (ущемленные грыжи, острая кишечная непроходимость, внематочная беременность, перекрут кисты яичника) отражены в книге на уровне современного их понимания.

Заметное место в книге занимают вопросы травматологии, входящие в компетенцию общего (дежурного) хирурга (травмы грудной и брюшной полости, переломы, раны с проблемой первичной обработки и др.).

Особому обсуждению подверглась тупая травма живота. Следует заметить, что именно в этом разделе вырисовываются спорные вопросы и врачебные ошибки. Врачебным ошибкам посвящено много статей и монографий. Общим для всех этих публикаций является тезис о причинах ошибок как результате некомпетентности хирурга.

В нашем разделе (по-видимому, впервые в отечественной хирургической литературе) поставлен вопрос о юридической и моральной



8,800-

ответственности хирурга не только за результат операции, но за моральный ущерб, нанесенный пациенту. Приведены выписки из статей УК РФ и Закона о здоровье, дающих основания пациенту для иска о некачественном лечении и нанесении морального ущерба, к которому относятся и материальные издержки пациента, и даже грубость персонала по отношению к больному и его родственникам...

Последний раздел книги представляет контурное обозначение масок «острого живота», к которому относятся заболевания, имеющие в своей клинической картине quasi — симптомы грозных заболеваний.

Диагностика их осложняется дефицитом времени в экстренной хирургии и практически отсутствием знаковых признаков.

Дифференциальной диагностике помогают экстренные лабораторные анализы, наблюдение за ходом приступа и такие инвазивные манипуляции, как «шарящий катетер» и, в крайних случаях, лапароскопия.

Главным же «инструментом» для решения вопроса **об отказе** от оперативного вмешательства является клиническое мышление.

**Пиковский Д.Л. «Философия экстренной хирургии»**  
Теория — практика

«Триада-Х», г. Москва  
Лицензия ЛР № 066029 от 28.07.98 г.

Подписано в печать 19.03.2001 г.  
Печать офсетная. Формат 60x88 1/16. Гарнитура Pragmatica.  
Усл. п.л. 14. Тираж 2000 экз. Заказ № 1381

ЗАО «Издательский дом «Успех»  
123481, г. Москва, ул. Фомичевой, 16.

Отпечатано в соответствии с качеством  
предоставленных диапозитивов  
в ППП «Типография «Наука».  
121099, Москва, Шубинский пер., 6

8,800 =