

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

И. Х. ГЕВОРКЯН

К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ СПАЕЧНОЙ.
БОЛЕЗНИ ЖИВОТА

Высокие регенеративные и «пластические» способности брюшины давно известны как важные биологические свойства организма в борьбе за существование. Благодаря этим свойствам ограничиваются и предотвращаются многие катастрофические процессы брюшной полости (перфорация полых органов, распространение воспалительного процесса и др.). На этих свойствах базируется современная абдоминальная хирургия. К сожалению, указанные свойства брюшины нередко являются источником и многих страданий человека, обусловленных развитием спаечного процесса. Последний возникает от множества причин, в частности является почти неизбежным спутником оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Спаечный процесс, как правило, завершается развитием внутрибрюшных сращений, которые принято делить на следующие пять групп: 1) плоскостные, 2) перепончатые, 3) шнуровидные, 4) тракционные и 5) сальниковые. (А. О. Верещинский [2]).

Внутрибрюшные сращения часто приводят к развитию своеобразного симптомокомплекса, получившего названия: «спайки брюшной полости», «послеоперационные спайки», «спаечная болезнь живота». Этот симптомокомплекс проявляется различными признаками, среди которых основными являются: боль, диспептические расстройства, в частности запоры, и рецидивирующая непроходимость кишечника.

Около 40 лет тому назад С. С. Гирголав [4] доказал, что внутрибрюшные сращения подвергаются последовательному вращанию нервов, что и обуславливает наличие болевых ощущений, усиливающихся от перистальтики кишечных петель, вовлеченных в спаечный процесс.

Спаечная болезнь живота в основном протекает по двум клиническим формам—перивисцерита (перигастрит, перидуоденит, перихолецистит и др.) и рецидивирующей кишечной непроходимости. Если при первой форме, как правило, показано консервативное лечение, то при второй нередко приходится прибегать к оперативным вмешательствам. Однако хирургам и морфологам хорошо известно, что всякая попытка ликвидации спаек порождает их новое развитие, иногда с еще большей интенсивностью, требующее повторного оперативного вмешательства из-за рецидива спаечного процесса. Вот почему в проблеме спаечной болезни живота ведущим является вопрос о ее профилактике. К сожалению, в

этом направлении мы не имеем особых достижений и существующие уже много лет положения (бережное отношение к тканям, профилактика инфекции, соблюдение изотермии и др.) остаются в силе и на сегодняшний день. Правда, за последние годы интерес к этому вопросу вновь возрос и был проведен ряд экспериментальных исследований по профилактике послеоперационного спаечного процесса с использованием ряда новых лекарственных препаратов. Результаты применения аденокортикотропного гормона и витамина Е (Ютль, Самоги—Huttl T., Samogyi B.) ацетата гидрокортизона и ацетата преднизолона (Эйлерс, Гримшл—Ehlers P. N., Grimschl H. [12]), гиалуронодазы и солюдекортина (Шлоссер, Штейб—Schlosser V., Staib J. [17]) и др. не оправдали себя. Только Е. Е. Григорьев [3] указывает, что введение в брюшную полость после операции кортизона тормозит образование спаек у подопытных животных.

Тяжелой проблемой продолжает оставаться для современной хирургии непроходимость кишечника спаечного происхождения. Во-первых, потому, что она по частоте занимает одно из ведущих мест среди механической непроходимости кишечника, достигая, по данным отдельных авторов, до 80 % (А. Н. Шабанов [8]). Во-вторых, существующие методы оперативного лечения спаечной непроходимости не дают пока утешительных результатов. Эти вмешательства сводятся к следующим: разъединению и рассечению спаек, обходным анастомозам, резекции кишок и к комбинированным операциям. Чаще всего прибегают к пересечению спаек, как технически наиболее легко выполняемому вмешательству. Такое вмешательство, по данным В. И. Стручкова [6], составляет около 50 % всех оперативных вмешательств. Однако отдаленные результаты оперативного лечения спаечной непроходимости кишечника остаются еще неудовлетворительными. По сводным данным В. И. Стручкова, у 25 % больных эти результаты плохие «...так как либо наступает рецидив непроходимости, потребовавший повторного вмешательства, либо больной из-за болей остается ограниченно трудоспособным».

М. В. Яковлев [10] на основании изучения отдаленных результатов оперативного лечения 239 больных с кишечной непроходимостью пришел к выводу, что основной причиной неблагоприятных результатов служит развитие спаечного процесса, что наблюдалось у 65 % больных. Особенно плохи результаты при наличии обширных плоскостных спаек. Покойный В. А. Оппель [5] говорил, что в подобных случаях «...в разделении спаек выхода для излечения нет». «Представьте себе, что спайки распространяются на все тонкие кишки—в таком случае нам остается только снова защитить полость живота и предоставить больному прожить, сколько он сможет».

Каждому хирургу приходилось встречаться с такими случаями, когда, «как правило, не удавалось установить ни характера непроходимости, ни места нахождения ее, и потому и оперативное вмешательство было столь же мало обоснованным, сколь и мало рациональным» (Б. Г. Стучинский [7]). Все это, конечно, приводит к новым рецидивам кишеч-

ной непроходимости и к повторным операциям. Отсюда и высокие цифры послеоперационной смертности, составляющие от 22,2% (А. Н. Шабанов) до 32,4% (Б. Г. Стучинский).

Все сказанное говорит об актуальности спаечной болезни живота и важности дальнейшей разработки этой проблемы.

Около 25 лет тому назад Нобл (Noble [15]), учитывая, что спаечный процесс в брюшной полости развивается при нарушениях серозного покрова, предложил с профилактической целью прибегать к дупликатуе кишечника на участках, лишенных серозной оболочки. Он подшивал кишечные петли параллельно друг другу в виде двустволки. Обнаженная от брюшины поверхность при этом закрывалась выше- или нижележащим участком кишечника. Если имеется несколько лишенных серозного покрова участков, то дупликаатура кишки делается на каждом участке отдельно. Автор произвел несколько сот таких операций и ни разу не наблюдал послеоперационных осложнений, вызываемых сращениями.

В дальнейшем Нобл и ряд других авторов начали применять этот метод с целью лечения спаечной болезни живота, в частности рецидивирующей кишечной непроходимости. После разъединения и рассечения спаек петли тонких кишок складываются в горизонтальном направлении по типу батареи отопительной системы и фиксируются швами (рис. 1). Возникающие в послеоперационном периоде спайки уже имеют определенную локализацию и не сказываются отрицательно на функции кишечника. Этот метод получил за рубежом название—«контролируемого спайкообразования».

Предложение Нобля только в последние 10 лет обратило на себя внимание и получило распространение в ряде стран. Экспериментальные исследования Уексера, Линдси и Сибида, Мартина и Мк Гэрیتی, Тэйнтурье и др. (Weckesser, Lindsay a. Sebud, Martin a. Mc Garity, Teinturier [19]) подтвердили эффективность операции Нобля и заострили ряд вопросов ее техники. В частности была изучена продолжительность срока прохождения бариевой взвеси из желудка в норме и при наличии спаечного процесса между петлями тонкого кишечника. Выяснилось, что в норме это время колеблется в пределах 45—150 минут, в среднем 88 минут, при наличии спаек оно колеблется от 90 до 188 минут, в среднем составляя 138 мин.

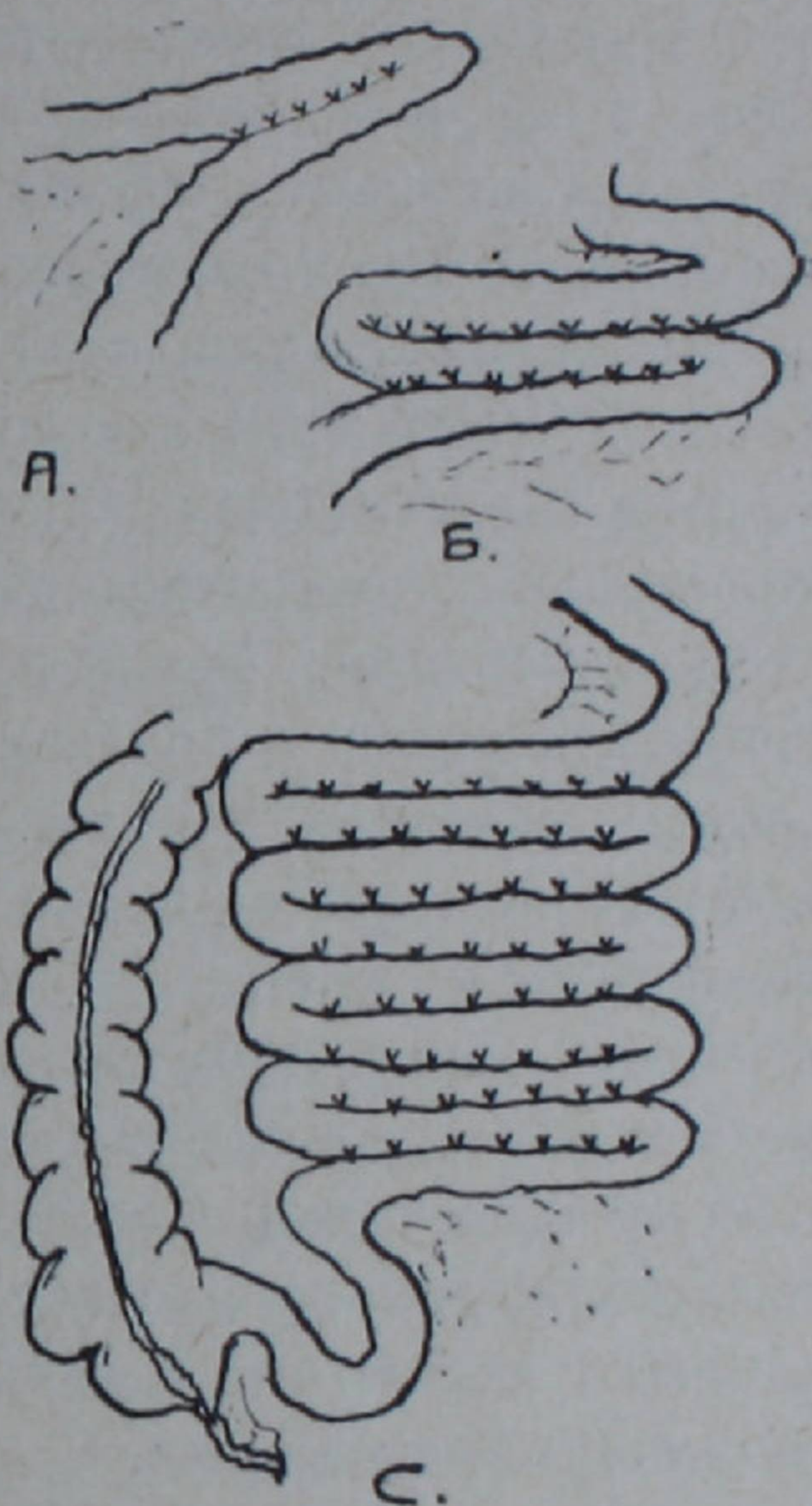


Рис. 1. Схематическое изображение: частичной (А,Б) и полной (В) операции Нобля.

В 1950 г. Нобл сообщил о произведенных им 260 оперативных вмешательствах при распространенном спаечном процессе брюшной полости. Автор изучил у своих больных отдаленные результаты лечения в сроки от одного года до 20 лет и установил блестящие исходы—рецидива заболевания почти не имело места. На 260 операций Нобл имел только 2 смертельных исхода, что составляет около 0,8% летальности.

Описанные автором результаты естественно привлекли внимание многих хирургов, и начиная с 1950 года операция Нобля стала производиться во многих странах мира. В настоящее время уже имеется ряд авторов, которые располагают значительным личным и коллективным опытом производства этой операции. Так, Пот, Девис и Уолма (Poth, Dewis a. Wolma [16]) описывают 47 случаев с блестящими результатами, Краузе (Krause [13])—20 и т. д. Однако за последние годы появились и такие сообщения, в которых описывается ряд осложнений, возникших после операции. Бэрн и Фулис (Barron a. Fallis), кроме описанных Ноблем случаев, собрали из литературы еще 168 случаев, при которых рецидив спаечной болезни в послеоперационном периоде составил около 12%. Те же авторы приводят 4 случая дуоденальной непроходимости, возникшей в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции Нобля. По мнению Бэрна и Фулиса это осложнение было вызвано натяжением мезентериальных сосудов тяжестью сложенных и фиксированных петель тонкого кишечника. Следует отметить, что все авторы послеоперационные осложнения, в частности рецидив непроходимости кишечника, связывают с дефектами техники и неполным вызыванием «контролируемого спайкообразования». С другой стороны, до сих пор в литературе остается спорным вопрос о материале для швов и места их наложения. Сам Нобл советует применять непрерывный шов и дает предпочтение кэтгуту. Швы накладываются на брыжейку кишечника. Другие же авторы (Лорд—Lord [14] и др.) рекомендуют применять узловые швы из нерассасывающегося материала.

В Советском Союзе операция Нобля с успехом использована около 20 раз; ее инициатором и первым исполнителем явился проф. Д. А. Арапов [1]. Таким образом, в мировой, доступной нам литературе, на сегодняшний день описано до 500 операций Нобля, произведенных при спаечной болезни живота.

Учитывая восторженные отзывы об этой операции, мы решили ее использовать также в нашей практике. За последние 6 месяцев в госпитальной хирургической клинике Ереванского медицинского института операция Нобля с некоторыми видоизменениями нами применена у 6 больных, страдающих спаечной болезнью живота. Все наши больные имели послеоперационные спайки, возникшие после гинекологических операций у троих, аппендектомии у двоих и травмы живота у одной больной. Как показывают наблюдения и других авторов (Б. Г. Стучинский и др.) послеоперационные спайки чаще возникают в нижней половине живота и больше всего связаны с аппендектомией и гинекологическими вмешательствами.

Четверо из наших больных были женщины, двое мужчины. Их возраст колебался от 3 л. 7 м. до 52 лет. Все наши больные страдали постоянными болями в животе, запорами и другими диспептическими расстройствами (вздутие, тошноты, иногда рвоты и т. п.). У трех человек имелась типичная рецидивирующая форма спаечной непроходимости кишечника, из-за чего они находились неоднократно на стационарном лечении и подверглись оперативному вмешательству до 3—4 раз. Среди оперированных другими авторами больных встречаются лица, которые до операции Нобля перенесли до 18—22 оперативных вмешательств.

Давность заболевания этих больных колебалась от одного года до 6 лет. Трое из них были нами оперированы в срочном порядке с симптомокомплексом острой кишечной непроходимости.

Выше мы отметили, что спаечная болезнь живота протекает с довольно пестрой симптоматологией. Для правильного выбора показаний к оперативному лечению необходима точная диагностика, в частности установление наличия спаечного процесса между петлями тонкого кишечника. Для решения этого вопроса имеет большое значение динамическое изучение состояния тонких кишок с помощью лучей Рентгена. Однако следует указать, что даже у здорового человека анатомическое положение петель тонкой кишки очень изменчиво и зависит от ряда причин, в частности от типа телосложения (В. А. Павленко). По данным литературы рентгенологически петли тощей кишки располагаются в норме в средне-левом отделе, а петли подвздошной кишки в нижне-правом отделе брюшной полости (Б. Штерн [9]).

Совершенно другая рентгенологическая картина имеет место при наличии спаечного процесса в брюшной полости с преимущественным поражением тонкого кишечника. «В результате спаек и рубцовых изменений определяется картина деформации кишечника с фиксацией отдельных петель» (Б. Штерн). При наличии спаек нарушается нормальное расположение петель тонкого кишечника; последний деформируется и контрастная масса задерживается в раздутых петлях, что приводит к удлинению времени прохождения бариевой взвеси через весь кишечник.

У четырех наших больных спаечный процесс в брюшной полости носил распространенный характер с вовлечением кишечника, сальника, желудка, желчного пузыря, органов малого таза и стенки живота. У этих больных была произведена полная операция Нобля, а именно весь тонкий кишечник после мобилизации от спаек был уложен по типу батарей и фиксирован швами. У двух остальных больных в виду ограничения спаечного процесса нижней половиной живота была произведена частичная операция Нобля, а именно только пораженные петли тонкой кишки были уложены и фиксированы. У четырех больных был удален замурованный в спайках червеобразный отросток.

С целью иллюстрации позволим себе привести краткие выписки из историй болезни двух больных.

Наблюдение № 1. С-ян А. В., женщина 40 л., и. б. № 2047. Поступила в клинику 27/IX 1960 г. с жалобами на постоянные запоры и боли в животе, носящие схваткообразный характер и сопровождающиеся симптомокомплексом непроходимости ки-

шечника. Больна около пяти лет. В 1955 г. попала в автоаварию и получила разрыв тонкого кишечника, по поводу чего была срочно оперирована. В дальнейшем у больной появились вышеуказанные жалобы, из-за которых была четыре раза повторно оперирована.

Больная истощенная, с выраженными явлениями функционального расстройства со стороны нервной системы. Органы грудной полости в пределах нормы. Живот умеренно вздут, асимметричен. По белой линии имеется продольный рубец длиной 25 см. При пальпации брюшная стенка мягкая, имеется разлитая болезненность. Печень и селезенка не прощупываются.

Больная была всесторонне обследована, и поставлен диагноз спаечной болезни живота с явлениями рецидивирующей кишечной непроходимости. После соответствующей подготовки 20/X 1960 г. была произведена пятая по счету лапаротомия.

Интратрахеальный потенцированный наркоз. Срединная лапаротомия от мечевидного отростка до лобка. Парие탈ная брюшина почти на всем протяжении спаяна с сальником, петлями тонкой кишки и поперечно-ободочной кишкой. С большими трудностями спайки рассечены и восстановлено анатомо-топографическое соотношение органов брюшной полости. Ревизия показала, что имеется распространенный спаечный процесс, в который вовлечены все органы брюшной полости. Большая часть тонкого кишечника в виде конгломерата находится в малом тазу, спаяна с его органами и париетальной брюшиной. После мобилизации сальника и ободочной кишки начато освобождение от спаек петель тонкого кишечника от *plica duodenojejunalis* вниз. С большими трудностями местами тупо, чаще острым путем петли тонких кишок были полностью мобилизованы. Во время освобождения петель кишечника от спаек между ними была обнаружена полость с геморрагической жидкостью в количестве около 50 мл. В левой паховой области между сигмовидной и петлями тонкой кишок найден кусок кала, величиною с голубиное яйцо, замурованный в спайках. Здесь же была обнаружена косточка яблока. Инородные тела были удалены с последующим туалетом брюшной полости и введения туда антибиотиков. Тонкий кишечник окутан полотенцем, смоченным в горячем физиологическом растворе. При ревизии верхнего отдела брюшной полости выявлен резко выраженный перихолецистит, перидуоденит и перигастрит. Спайки разъединены, пузырь мобилизован, камней не содержит. При ревизии правой половины толстого кишечника найден замурованный в спайках деформированный червеобразный отросток, который удален.

После повторного туалета брюшной полости начато укладывание петель тонкой кишки в горизонтальном положении сверху вниз. Всего было образовано 10 этажей по 20 см в каждом. Петли кишок фиксированы друг к другу узловыми шелковыми швами, наложенными у брыжеечной поверхности кишки на расстоянии 3—5 см друг от друга. Между швами кишечные петли припудрены смесью антибиотиков. Тонкий кишечник окутан сальником и брюшная полость зашита наглухо. Операция длилась около 2,5 часов. Гладкое послеоперационное течение. Самостоятельный стул с третьего дня. Рана зажила первичным натяжением. Выписана домой 12/XI, т. е. через 23 дня после операции.

Изучение ближайшего результата лечения показало, что больная через 6 месяцев после операции остается практически здоровой.

Представляет определенный интерес вопрос о судьбе каловых масс, обнаруженных у нашей больной в брюшной полости. Они, несомненно, попали в полость живота во время разрыва петли тонкой кишки и оставались там свыше 5 лет. Патоморфологическое исследование показало, что удаленный комок кала представляет из себя бесформенную, окрашенную в бурожелтый цвет массу с очагами отложения известковых солей (О. А. Оганесян). При бактериологическом исследовании роста бактерий не получено.

Приведенное наблюдение является примером использования пред-

ложения Нобля для лечения рецидивирующей непроходимости спаечного происхождения внеприступного периода. Позволю себе привести еще одно наблюдение, как пример использования «контролируемого спайкообразования» при острой кишечной непроходимости.

Наблюдение 2. Мальчик С-ян Т. П., 3 л. 7 м., и. б. № 2217. Доставлен в клинику 20/X 1960 г. каретой скорой помощи с диагнозом «Острая кишечная непроходимость». По рассказам родителей у ребенка имелись острые схваткообразные боли в животе, рвота и задержка отхождения газов и стула. Болен около трех дней.

Выяснилось, что ребенок в 6-месячном возрасте был оперирован по поводу правосторонней ущемленной паховой грыжи. Полгода тому назад в районной больнице подвергался операции по поводу «острого аппендицита», а через 4 дня там же ребенку была сделана третья операция из-за «непроходимости кишечника». После выписки из больницы у ребенка имелись постоянные боли в животе, которые периодически обострялись и сопровождались явлениями кишечной непроходимости.

Общее состояние ребенка средней тяжести. Имеется налицо картина кишечной непроходимости. Ввиду безуспешности консервативных мероприятий предложена операция, на которую родители дали свое согласие. Ребенку наложено внутрикостное переливание крови. Комбинированное обезболивание (эфиро-кислородный наркоз + местная анестезия). Лапаротомия по старому послеоперационному рубцу от мечевидного отростка до лобка. Из полости живота излилось небольшое количество геморрагической жидкости. Сальник и петли тонкой кишки спаяны с брюшной стенкой. Их мобилизация. При ревизии установлено, что петля тощей кишки на расстоянии примерно 30 см от *plica duodenojejunalis* перекрутилась вокруг своей поперечной оси по часовой стрелке на 360° . Перекрученная кишка окружена петлями тонкого кишечника, спаянных друг с другом в единый конгломерат. Освобождение тонкого кишечника от спаек местами тупым, но чаще острым путем. Иссечение и удаление множества плоскостных спаек. Раскручивание заворота. После обогревания петля ущемленной кишки вернулась к норме. Туалет брюшной полости и введение туда антибиотиков. Укладывание петель тонких кишок в «батарею» сверху вниз. Всего образовано 10 этажей по 20 см в каждом. Фиксация петель кишок у брыжеечной поверхности узловыми шелковыми швами через каждые 3 см. Припудривание промежутков между швами антибиотиками с последующим окутыванием тонкого кишечника сальником. Повторный туалет брюшной полости и послойное зашивание операционной раны наглухо. Операция длилась около 2 часов.

Гладкое послеоперационное течение. Самостоятельный стул со второго дня. Рана зажила первичным натяжением. Выписан домой в хорошем состоянии. Изучение ближайшего результата лечения показало, что ребенок через 6 мес. после операции совершенно здоров и жалоб не предъявляет.

Положительные результаты мы наблюдали и у остальных наших четырех больных в ближайшем послеоперационном периоде.

В заключение позволю себе остановиться на некоторых частных вопросах операции «контролируемого спайкообразования». Прежде всего относительно названия. Как выше было указано, в основе этой операции лежит принцип разрушения существующих спаек и создание таких, которые не сказывались бы отрицательно на функции кишечника. Учитывая, что при этом методе спайки образуются на местах, планируемых врачом, нам кажется, правильнее будет назвать эту операцию — операцией направленного спайкообразования. Принимая во внимание, что последняя является весьма травматичной и длительной, следует ограничить показания к ее применению только теми случаями рецидивирующей кишечной непроходимости, при которых консервативная терапия

остается безуспешной. Противопоказанием к этой операции является острый воспалительный процесс брюшной полости, а по некоторым авторам и омертвление кишечника.

Наконец, несколько слов о технических вопросах операции Нобля. Откуда начинать освобождение кишечных петель от спаек—сверху или снизу? Нам кажется освобождение нужно делать оттуда, откуда это легче. Учитывая, что спаечный процесс чаще локализуется в нижней половине живота, очевидно, мобилизацию и укладывание петель тонкой кишки чаще придется начинать с илеоцекальной области. Относительно материала для швов я уже говорил. Во всех наших случаях были наложены узловые шелковые швы на брыжеечную поверхность петель кишок с захватом и переднего листка брыжейки. Для развития спаечного процесса в промежутках между швами мы припудриваем эти участки антибиотиками. Все авторы отмечают важность оставления начального и конечного отделов кишечника, а также углов уложенных петель свободными от швов, чтобы не нарушить их моторику. Поэтому укладывание петель кишок и их фиксацию следует начинать, отступая на 20 см от *plica duodenojejunalis* или илео-цекального угла, а углы уложенных петель не фиксировать швами. Укладыванию и фиксации подлежат только те петли тонкого кишечника, которые вовлечены в спаечный процесс и при их мобилизации десерозируется их стенка. Поэтому операция Нобля может быть полной и частичной.

Средняя длина каждой уложенной петли тонкой кишки, по мнению большинства авторов, на каждом этаже должна равняться 15—20 см.

Пот, Дювис и Уолма [16] важным условием операции считают выведение и фиксацию петель тонкой кишки вне полости малого таза. Мы придерживались этого совета и для лучшей фиксации уложенных петель кишечника их окутывали сальником.

Наконец, учитывая, что после операции Нобля повторные вмешательства на органах брюшной полости могут встретить большие затруднения, мы считаем необходимым у этих больных профилактическую аппендектомию, если она ранее не была произведена.

Число наших наблюдений слишком небольшое, чтобы делать определенные выводы. Однако данные литературы и имеющееся у нас впечатление дают право полагать, что направленное спайкообразование имеет все основания для рекомендации как метода, который может вернуть к жизни людей, страдающих спаечной болезнью живота и обреченных на тяжкие страдания и смерть.

Клиника госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 4.V 1961 г.

Հ. Ք. ԳԵՎՈՐԳՅԱՆ

ՈՐՈՎԱՅՆԻ ԿՊՈՒՄԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՎԻՐԱՀԱՏՄԱՆ ՇՈՒՐՁԸ

Ա. մ փ ո փ ու մ

Հեղինակը բերում է տվյալներ որովայնի խոռոչի կպումների զարգացման մասին և նշում է, որ նրանք կլինիկապես ընդհանում են երկու սիմպտոմոկոմպլեքսներով պերիվիսցերիտի և ադիների անանցանելիություն: Եթե առաջին սիմպտոմոկոմպլեքսը հիմնականում բուժվում է կոնսերվատիվ, ապա երկրորդը շատ հաճախ պահանջում է վիրահատություն: Գոյություն ունեցող օպերատիվ միջամտությունները իրենց չեն արդարացնում, որովհետև նրանցից հետո որպես օրենք նորից զարգանում են կպումները: 1937 թվականին Նոբելի կողմից առաջարկված է կպումային հիվանդության դեմ պայքարելու մի նոր մեթոդ, որը վերջին տաս տարվա ընթացքում սկսվել է օգտագործվել զանազան երկրներում: Այն մեր երկրում դրական արդյունքով օգտագործվել է մոտ 20 հիվանդների մոտ: Հեղինակը վերջին վեց ամսվա ընթացքում կատարել է Նոբելի օպերացիան, որոշ ձևափոխություններով վեց հիվանդների մոտ: Հոդվածում բերված են տվյալներ օպերացիայի ենթարկված հիվանդների մասին և լուսաբանվում են կպումային հիվանդության և նրա բուժման առանձին հարցերը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арапов Д. А.—Хирургия, 1960, 3, 141.
2. Верещинский А.—Beiträge zur Morphologie und Histogenese der intraperitonealen verwachsungen, Zeipzig, 1925.
3. Григорьев Е. Е.—Вестник хирургии им. Грекова, 1961, 3, 130.
4. Гирголав С. С.—XV съезд Росс. хирургов, Ленинград, 1926.
5. Онпель В. А.—Курс клинич. лекций по хирургии, 1930, 167.
6. Стручков В. И.—XXVI Всесоюзн. съезд хирургов, 1956, 445.
7. Стучинский Б. Г.—Вестн. хир. им. Грекова 1938, т. 56, кн. 3—4.
8. Шабанов А. Н.—Тр. XXVI Всесоюзн. съезда хир., 1956, 462.
9. Штерн Б.—БМЭ, 1959, т. 12, 1065—1011.
10. Яковлев М. В.—Тр. XXVI Всесоюзн. съезда хир., 1956, 513.
11. Connolly John E. a. Smith John W., Surg., Gynec. a Obst., 1960, val. 110 187—201.
12. Ehlers P. N., Grimschl H.—Langenbeck's Arch. Kem. chir., 1960, 293, 5, 612—201,
13. Krause U.—Acta chir. Scand., 1960, 118, 5/6, 446—454.
14. Lord Y. W.—Gastroenterology, 1951, 19, 801—811.
15. Noble T. B.—Am. Y. Surg., 1937, 35: 41.
16. Poth E. Y., Lewis S. R.—and Wolma, F. Y., Am. Surgeon, 1953, 19=24.
17. Shelosser V., Staib J.—Langenbeck's Arch. Kem. chir., 1960. 293, 6, 740—744.
18. Teinturier Y.—Mem. Acad. chir., 1958, 84, 24—25, 736—742.
19. Weckesser, E. C., Lindsay Y. F. and Cebud, F. A., Arch. Surg., 1952, 65, 487..