

12. Михаськів І. Н. // Сов. мед.— 1979.— № 2.— С. 32—37.

13. Новик А. В., Мельникова И. Ю. // Вопр. охр. мат.— 1987.— № 3.— С. 30—34.

14. Помелов В. С., Сальман М. М., Барамидзе Г. Г. // Клин. мед.— 1984.— № 2.— С. 81—85.

15. Саломатин В. Г. // Дуоденогастральный рефлюкс и его влияние на течение и исход гастродуоденита у детей.— Автореф. канд. дисс.— Куйбышев, 1986.

16. Сакс Ф. Ф. // В кн.: Физиология и патоло-

гия сфинктерных аппаратов пищеварительной системы.— Томск, 1984.

17. Barbier P., Dumont A., Abramovici et al. // Acta gastroent. belg.— 1984.— Vol. 47.— P. 267—274.

18. Omura I. // Acupuncture Medicine.— Tokyo, 1982.

19. Omura I. // Practice of «Bi-Digital O-Ring Test» — Tokyo, 1986.

Поступила 31.07.90.

УДК 616.34—007.272—036.11 (470.41)

ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

М. Ю. Розенгартен

Отдел лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения ТССР, г. Казань

Реферат. Проанализированы результаты лечения острой непроходимости кишечника в Татарии за 30 лет. Выявлена прямая зависимость исходов операции от сроков поступления больных в стационар с момента заболевания.

Ключевые слова: острая кишечная непроходимость, лечение, летальность.

1 таблица. Библиография: 3 названия.

Анализ результатов лечения острой непроходимости кишечника (ОНК) имеет важное значение в связи с многообразием клинических проявлений данного состояния, тяжелым течением, запоздалой диагностикой и высокой летальностью.

С 1960 по 1989 г. в стационары ТССР поступили 16027 больных с различными формами ОНК, из них 9297 (58%) человек перенесли оперативное лечение. Из числа прооперированных умерли 1139 (12,2%) человек, из числа леченных консервативно — 83 (1,3%). У всех неоперированных больных наблюдали клинические признаки ОНК — рвоту, боли в животе, задержку газов, отсутствие стула.

Консервативные меры предпринимались лишь в случаях, когда сроки ОНК не превышали 6—8 ч и сводились к применению сифонных клизм, повторным промываниям желудка, введению стимуляторов моторики кишечника, электролитов, сердечных средств.

Мужчин было 9183 (57,3%), женщин — 6844 (42,7%). 13752 (85,8%) пациента были доставлены по поводу ОНК, 2275 (14,2%) — по поводу других заболеваний. Пожилые (в возрасте 60 лет и старше), леченные по поводу ОНК, составляли 20,2% от общего числа таких больных.

Наиболее распространенным видом обезбоживания в ТССР является эндотрахеальный наркоз с добавлением раствора новокаина в корень брыжейки.

Для сравнительной оценки результатов лечения больных ОНК наши данные мы условно разделили на 3 периода, каждый из которых включает десятилетний срок. В 1960—1969 гг. оперативное лечение перенесли 1986 человек, умерли 375 (18,9%), в 1970—1979 гг. — соответственно 3229 и 450 (13,9%), в 1980—1989 гг. — 4082 и 314 (7,7%); в те же три периода консервативное лечение получили соответственно 1495, 2300 и 2935 человек, умерли 24 (1,6%), 41 (1,8%) и 18 (0,6%).

Прогрессивному снижению летальности способствовали повышение квалификации врачей-хирургов, внедрение в практику новейших методов определения жизнеспособности кишечника во время операции, коррекции нарушений в послеоперационном периоде.

Представляет интерес динамика летальности после операций в зависимости от сроков поступления больных в стационар с момента заболеваний (см. табл.). Выявлена прямая зависимость сроков поступления больных с ОНК в стационар с момента заболевания и исходов операций. При госпитализации больных с ОНК в первые 6 ч с момента заболевания послеоперационную летальность можно снизить до 3—3,5%.

Анализ причины поздней госпитализации показал, что на первом месте стоит несвоевременное обращение больных за медицинской помощью (75,2%).

Динамика послеоперационной летальности

Периоды	Сроки поступления больных с момента заболевания	Число больных	Из них умерли	%
I	до 6 ч	508	25	4,9
	от 6 до 24 ч	696	81	11,6
	позже 24 ч	782	269	34,4
II	до 6 ч	971	33	3,4
	от 6 до 24 ч	392	122	31,1
	позже 24 ч	866	295	34,1
III	до 6 ч	830	24	2,9
	от 6 до 24 ч	1190	74	6,2
	позже 24 ч	1186	188	15,6

Ошибки врачей скорой медицинской помощи имели место в 7,1% случаев, ошибки фельдшеров фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов — в 7,8%. Плохим состоянием дорог объяснялось позднее поступление больных в 7,5% случаев; у 2,4% больных причин установить не удалось.

У 1662 (17,9%) из 9297 прооперированных была обнаружена обтурационная непроходимость кишечника, при этом у 1319 (79,4%) больных оказался рак. Из общего числа прооперированных по поводу ОНК рак кишечника был выявлен у 14,1% лиц. Больных раком старше 60 лет было 888 (67,3%) человек. Выполнялись следующие операции: операция Гартмана (17,1%), гемиколэктомия справа (19,2%), гемиколэктомия слева (28,6%), резекция поперечной ободочной кишки (3,8%), субтотальная колэктомия (3,1%), тотальная колэктомия (1,5%), обходной анастомоз (8,6%), пробная лапаротомия (17,1%).

Странгуляционная непроходимость кишечника была диагностирована у 6427 (69,1%) больных, общая летальность составила 13,9%. Из числа всех больных со спаечной непроходимостью кишечника 82,3% госпитализированных были ранее оперированы. Ранняя спаечная непроходимость кишечника (до 10 дней после операции) наблюдалась у 2,4% пациентов.

Встречались больные, у которых причиной ОНК были перемещения кишечных петель в дефекты брыжейки, сальника, карманы, щели париетальной брюшины (внутренние грыжи).

По поводу инвагинации было выполнено 1208 (13%) операций, летальность составила 12,2%. Инвагинат у детей в ряде случаев удавалось разрешить медленным нагнетанием воздуха в толстую

кишку. Под контролем рентгена аппаратом Рива-Роччи давление кишки повышалось до 8—12 кПа, что позволило разрешить инвагинацию у 71,2% больных, однако у 4,9% из них наступили рецидивы, которые были купированы без операций.

В течение трех периодов была произведена 1781 (19,2%) резекция кишечника: в I — у 489 (24,6%), во II — у 637 (19,7%), в III — у 868 (21,3%), соответственно по срокам умерли 88 (18%), 105 (16,5%), 132 (15,2%) прооперированных.

К сожалению, до настоящего времени многие хирурги при решении вопроса об объеме резекции нежизнеспособной кишечной петли пользуются рутинными догматическими представлениями: «отступать проксимально на 40—50 см, а дистально — на 20—25 см». Во время лапаротомии при наличии ишемических расстройств хирург нередко прибегает к резекции, когда ее можно избежать; в отдельных случаях он удаляет избыточные отрезки кишки, хотя от сохранения петли порой зависит жизнь пациента. Иногда погрузив кишку в брюшную полость, хирург констатирует гангрену при уже запоздалой релапаротомии или на секционном столе. Ни по цвету кишки, блеску ее серозного покрова, наличию или отсутствию перистальтики, ни даже по пульсации сосудов брыжейки невозможно определить жизнеспособность кишечной петли. Причина состоит в нечеткости симптомов, их объективности и неспецифичности.

Проведенные нами прямые наблюдения тока крови и локальная термометрия [1—3] на фоне, казалось бы, весьма распространенных и выраженных изменений стенки кишки позволили установить наличие высоких компенсаторных возможностей, разветвленного сосудистого русла. В этом смысле представляется удивительным не столько тяжесть исходов ишемических процессов, сколько обратимостью обнаруженных изменений. Применение во время операции ангиотензометрии (М. З. Сигал и З. М. Сигал) и локальной термометрии (М. Ю. Розенгартен) позволяют в абсолютном большинстве случаев избежать драматических ошибок в определении жизнеспособности кишечника. К любому методу оценки его жизнеспособности должны предъявляться три главных условия: неинвазивность, простота, вы-

сокая информативность.

Одним из методов количественной оценки интрамурального кровотока является локальная термометрия, основанная на разнице температур. Исследования проводили с помощью электротермометра ТЕМП-60 с ценой деления 0,2°. Оказалось, что во время лапаротомии поверхностная температура нормальной кишечной петли при ее эвентерации понижается лишь до какого-то конкретного уровня, достигая определенного температурного плато. Уровень последнего зависит от температуры внешней среды. Последующее снижение температуры столь незначительно, что им можно пренебречь. Некротизированная же кишечная петля уподобляется физическому телу, в котором теплообмен осуществляется без участия физиологических процессов, определяющих приток тепла. Поэтому при эвентерации температура кишки с нарушенным кровотоком резко снижается и практически достигает температуры внешней среды.

Обнаружив подобную закономерность, мы разработали индекс жизнеспособности, основанный на соотношении теплообразующей способности неизмененных и пораженных отделов кишечника. Способ вычисления его прост и сводится к следующему. При вскрытии брюшной полости измеряют температуру первой эвентерированной кишечной петли, потому что температура как неизмененных, так и пораженных кишечных петель в брюшной полости практически одинакова.

Через 5—6 мин после эвентерации кишечника измеряют температуру кишки любой жизнеспособной петли и в той, в которой предполагается нарушение кровообращения. Индекс жизнеспособности определяют по формуле:

$$I = \frac{T_i - T_{ж}}{T_i - T_n}, \text{ где } T_i \text{ — исходная тем-}$$

пература в момент эвентерации кишечника, $T_{ж}$ — температура заведомо жизнеспособной кишки, T_n — температура кишки, подозрительной на нежизнеспособность. Если этот индекс равен 1, то это свидетельствует о сохранении жизнеспособности. При устойчивых показателях индекса ниже 1 кишку следует оценивать как нежизнеспособную и соответственно ее резецировать. С помощью указанного индекса легко обнаружить границу пораженной и неизме-

ненной кишки во время операции (границу резекции).

Обязательным условием получения правильного результата является измерение температуры эвентерированных кишечных петель. При измерении температур непосредственно в брюшной полости можно получить ложный результат, так как кишечные петли приобретают температуру соседних внутренних органов. Индекс жизнеспособности проверен в эксперименте на 15 животных, а также при субоперационном исследовании у 480 больных при заболеваниях, в основе патогенеза которых лежит ангиологический компонент (кишечная непроходимость, тромбоэмболии брыжеечных сосудов, ущемленные грыжи, травмы кишок, кишечные трансплантаты).

Направленное патогенетическое лечение можно осуществлять только на основе определенных клинических проявлений заболеваний. Коррекция гомеостаза при ОНК — это коррекция белкового, водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия.

В послеоперационном периоде придаем важное значение борьбе с надпочечной недостаточностью (введение 350—400 ед. гидрокортизона в сутки) и парезом кишечника (декомпрессия желудка и кишечника, паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому, электростимуляция кишечника, введение прозерина, карбахолина, питуитрина, калимина; растворов, содержащих ионы калия). Для нормализации тканевого обмена и сердечной деятельности вводятся витамины, АТФ, кокарбоксилаза, кордиамин, строфантин и др.

В условиях стационара ошибки в диагнозе ОНК были допущены у 287 больных, причем у 202 из них диагноз был установлен на 2-е сутки, у 85 — на 3-и. Оказалось, что ошибки в диагностике при определении жизнеспособности кишки, а также в тактике операции в 70,6% случаев возникали по вине врачей. Если на догоспитальном этапе ошибки в диагностике составляют около 20%, то в условиях стационара они вообще не должны допускаться.

Летальные исходы после операций были обусловлены ошибками в диагностике при первичном осмотре, длительным консервативным лечением, развитием перитонита, недостаточно эф-

фективной до- и послеоперационной терапией, тактическими ошибками хирурга во время операции, ошибочным выбором метода обезболивания, возникшими осложнениями. Значительную опасность несет в себе термин «частичная непроходимость кишечника». Попытки консервативного лечения нередко приводят к запоздалому вмешательству.

Улучшению результатов лечения ЖК могут способствовать повышение знаний медицинских работников, обеспечивающих срочную диагностику и ка-

чество оперативной техники, внедрение в практику новейших методов определения жизнеспособности кишечника, проведение всего комплекса лечебных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розенгартен М. Ю. // В кн.: Материалы итоговой научной сессии.— НИИТО.— Казань, 1967.
2. Розенгартен М. Ю. // В кн.: Материалы II Республиканской научно-практической конференции врачей-новаторов.— Казань, 1968.
3. Розенгартен М. Ю. // В кн.: Материалы докладов Всероссийской конференции хирургов.— Калининград, 1968.

Поступила 13.06.90.

УДК 616.381—089.85—06:617.55—007.43—089.844

ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Г. Б. Курбанов

*Кафедра неотложной хирургии (зав.— проф. О. С. Кочнев)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина*

Реферат. С целью улучшения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения послеоперационных ventральных грыж были проведены подготовка брюшной полости к повышенному давлению, специальная подготовка кожи в области операционного поля, подведено местное питание к аутодермальному трансплантату, а также осуществлен оптимальный выбор метода пластики. Снизилось число послеоперационных осложнений, рецидивов и уменьшилась послеоперационная летальность.

Ключевые слова: послеоперационные ventральные грыжи, подготовка операционного поля, пластика.

Библиография: 8 названий.

Лечение послеоперационных ventральных грыж (ПВГ) представляет серьезную хирургическую проблему. Число операционных вмешательств на органах брюшной полости растет. К сожалению, увеличивается и число послеоперационных грыж передней брюшной стенки [4, 7, 8], если учесть, что едва ли не каждая десятая лапоротомия приводит к образованию грыж в области рубца [1, 2]. Количество неудовлетворительных результатов хирургического лечения ventральных грыж увеличивается из года в год, колеблясь от 10 до 60% [1, 8].

За последние годы при операциях по поводу ПВГ все чаще применяется аутодермальная пластика [3], которая дает сравнительно небольшое число рецидивов, однако данный метод не лишен недостатков. К ним следует отнести

частое нагноение подкожной клетчатки и лимфоррею за счет соцернаивания жидкости кожным трансплантатом. Другой причиной таких осложнений является применение традиционного шовного материала для фиксации трансплантата и плохого гемостаза в подкожной клетчатке. Значительная послеоперационная летальность при плановых грыжесечениях по поводу ПВГ возникает вследствие развития сердечно-легочной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде.

Учитывая большую частоту местных осложнений и высокую летальность после операции при плановых грыжесечениях, выполненных с использованием традиционных методов пластики грыжевых ворот, мы предлагаем в предоперационном периоде осуществлять комплекс мероприятий, направленных на подготовку брюшной полости к повышенному давлению и операционного поля, коррекцию сопутствующих заболеваний и совершенствование метода аутодермальной пластики ventральных грыж.

При подготовке брюшной полости к повышенному давлению нельзя забывать о таких простых и традиционных способах, как бесшлаковая диета, применение слабительных средств и