

стипендии, в то время как в США за каждый год обучения студент-медик должен платить 1000 и более долларов. Такое же положение присуще всем капиталистическим странам. Ежегодное обучение на медицинском факультете в Израиле стоит 450 израильских фунтов, в Испании — 3000 песет, в Италии — 50 000 лир, в Канаде — до 700 долларов, в Англии — 70 фунтов стерлингов, во Франции — 100 новых франков и т. д.

Увеличение контингента студентов-медиков происходит, конечно, и в капиталистических странах, однако темп этого прироста намного отстает от роста в СССР. В настоящее время один выпускник-врач в нашей стране приходится на 7,7 тыс. чел. населения, в Англии — на 19 тыс., в США — на 25 тыс., в Бразилии — на 46 тыс.

Перед медицинскими вузами СССР стоят большие задачи по улучшению качества подготовки будущих врачей, развитию медицинской науки, улучшению дела здравоохранения в нашей стране. Все они требуют пристального внимания к себе, но, учитывая, что в решении этих вопросов активное участие принимают наша партия, Советское правительство, органы здравоохранения, можно с уверенностью сказать, что высшее медицинское образование и впредь будет развиваться успешно. Об этом убедительно свидетельствует тот взлет высшего медицинского образования в нашей стране, которого мы добились за 50 лет Советской власти.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

О РЕЛАПАРОТОМИИ

УДК 616.381—089.85

А. Ф. Агеев, В. Е. Волков и С. Д. Федотов

Кафедра хирургии № 2 (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВА
им. В. И. Ленина

Вопрос о показаниях к релапаротомии после внутрибрюшных вмешательств остается нерешенным [1, 2, 3, 5, 6]. Исход повторного вмешательства в значительной мере определяется сроками операции с момента возникновения осложнения. Поэтому решение в каждом отдельном случае должно быть принято своевременно.

В клинике за последние 13 лет релапаротомия после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости была произведена 45 больным (табл. 1).

Таблица 1

Наименование операций и их число	Количество релапаротомий по поводу		
	перитонита	кишечной не- проходимости	кровотечения
Резекция желудка (1005) . . .	25	7	2
Холецистэктомия (273) . . .	4	—	1
АпPENDИКТОМИЯ (3096) . . .	2	3	—
Грыжесечение (1107) . . .	—	1	—

Наиболее частым поводом к повторному чревосечению был перитонит. Летальность от этого осложнения высокая: из 31 оперированного нами больного умерло 22. У 21 больного послеоперационный перитонит был вызван несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки и анастомоза, у 4 — ишемическим некрозом культи желудка, у 2 — недостаточным туалетом или неполным дренажем брюшной полости при первой операции, у 3 — послеоперационным панкреатитом, у 1 — обширным некрозом двенадцатиперстной кишки вследствие тромбоза магистрального артериального ствола.

Диагностика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки и анастомоза затруднялась в большинстве случаев вариабельностью течения послеоперационного периода. У части больных недостаточность проявлялась развитием типичной клинической картины разлитого перитонита, у других, особенно у ослабленных в результате основного заболевания, а также у лиц пожилого возраста, клиника осложнения отличалась «стергой» картины. Течение послеоперационного периода характеризовалось ухудшением общего состояния, учащением пульса и развитием сосудистого коллапса. Болевой синдром при этом был слабо выраженным. Живот был умеренно болезненным, мягким; симптомы раздражения брюшины были слабо положительными или же совершенно отсутствовали. Однако постоянными симптомами продолжали оставаться учащение пульса, нарастающие изменения в формуле крови, снижение уровня АД.

Большое значение в диагностике недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечного анастомоза после резекции желудка имеет характер выделений из дренажа, подведенного при операции в подпеченочное пространство. Как показывают наши наблюдения, введение дренажа под печень особенно необходимо при нетипичном ушивании культи двенадцатиперстной кишки (при низко сидящих язвах двенадцатиперстной кишки, выраженной воспалительной реакции окружающих тканей, проникновении, переходе опухоли желудка на начальную часть двенадцатиперстной кишки). При ранних сроках недостаточности (до 4—5 дней) дренаж облегчает раннюю диагностику осложнения, а при поздних часто позволяет избежать релапаротомии вообще. В этом случае дуоденальное содержимое по дренажу хорошо эвакуируется, и свищ постепенно, в среднем за 15—20 дней, закрывается. Кроме этого, при наличии дренажа удается сравнительно легко дифференцировать недостаточность швов анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки. С этой целью проводится «проба с синькой». Из 1005 произведенных в клинике резекций желудка дренаж в подпеченочное пространство был подведен у 443 больных. Недостаточность швов развилась у 32 больных (3,18%), но релапаротомия потребовалась лишь у 21. Консервативное лечение 11 больных закончилось выздоровлением. Из повторно оперированных умерли 12 в результате прогрессирования разлитого гнойного перитонита.

При несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, осложненной перитонитом, тактика хирурга должна быть активной. Чем раньше будет произведена релапаротомия, тем больше можно рассчитывать на успех. В план повторной операции должно быть включено после туалета брюшной полости подведение отграничивающих область дефекта мазевых тампонов и дренажа к месту недостаточности, наложение контраптертур в подвздошных областях. Попытка наложить швы на дефект культи двенадцатиперстной кишки в условиях инфильтрированных и легко прорезаемых тканей бесперспективна и лишь приводит к увеличению диаметра перфоративного отверстия.

Недостаточность культи двенадцатиперстной кишки при функционирующем дренаже, но без признаков перитонита в большинстве случаев удается ликвидировать консервативными мерами (назначение голода, парентерального питания, инъекций атропина и эфедрина для снижения панкреатической секреции, уход за кожей вокруг свища).

Ишемические некрозы стенки культи желудка обычно развиваются в связи с деваскуляризацией желудка при высокой его мобилизации, особенно в сочетании со спленэктомией [4, 9, 11]. Таких больных под нашим наблюдением было 4. У 3 из них топической диагностике осложнения помогла «проба с синькой». У 1 больной при первой операции брюшная полость была ушита нагло, и осложнение было распознано только во время релапаротомии. У всех больных клиническая картина была типична для перфорации полого органа. Но, несмотря на своевременно произведенную операцию, все они погибли на различных сроках после повторного чревосечения от разлитого гнойного перитонита. У 3 больных швы, наложенные на дефект стенки культи желудка, разошлись. 1 больная, оперированная по поводу полипоза желудка, умерла на 6-й день после релапаротомии. На секции установлен разлитой фибринозно-гнойный перитонит при наличии состоятельности швов анастомоза и места ушивания дефекта.

При ишемическом некрозе культи желудка, равно как и при недостаточности швов анастомоза, мероприятия должны быть только радикальными. Зарубежные авторы [8, 9, 12] описали 10 больных с ишемическим некрозом культи желудка. Их и наши наблюдения свидетельствуют о неэффективности метода ушивания образовавшегося дефекта. Из больных, описанных зарубежными авторами, выжили только 2, причем у 1 из них при повторной операции была удалена оставшаяся часть желудка. Возможно, что эту последнюю меру и следует считать методом выбора, хотя тяжесть операции при этом предельно возрастает.

Диагностика послеоперационного панкреатита до сих пор остается трудной. Признаки его часто маскируются симптомами общей интоксикации и острой сердечно-сосудистой недостаточности. Нередко отсутствуют такие наиболее типичные для острого панкреатита признаки, как опоясывающие боли, частая рвота, вздутие в эпигастрии и др. Определение диастазы в моче в ряде случаев также может не оказать помощи в диагностике. Если при отечных формах панкреатита уровень диастазы повышается, то при тяжелых панкреонекрозах количество ее может оставаться в пределах нормальных величин. Поэтому больных чаще всего оперируют, как это подтверждают и наши наблюдения над 3 больными, по поводу кишечной непроходимости

ности или послеоперационного перитонита, а панкреатит становится уже операционной находкой или обнаруживается только на секции.

Лечение больных острым послеоперационным панкреатитом должно быть комплексным. Оно в основном сводится к назначению голода, больших доз антибиотиков широкого спектра действия, жидкостей, белковых препаратов, инъекций атропина и эфедрина, к дренированию желудка постоянным зондом. В последнее время широкое применение в лечении больных панкреатитом получило тразилол в дозе от 10 000 до 25 000 кал. ед. в день внутривенно капельно. Если консервативные мероприятия не улучшают состояние больного в течение ближайших 24—72 часов, показана релапаротомия. При операции мы стали широко пользоваться гидрокортизоновой блокадой поджелудочной железы при отечных и некротических формах панкреатита. Она уменьшает отек поджелудочной железы и тормозит процесс экссудации, к тому же позволяет не производить обычно применяемого при этом рассечения брюшины над железой.

Вторым по частоте осложнением ближайшего послеоперационного периода, которое может послужить показанием к релапаротомии, является острая кишечная непроходимость. Причинами ее у наших больных были спаечный процесс (у 7), ущемление анастомоза в окне брыжейки поперечно-ободочной кишки (у 2), ущемление петли тонкого кишечника во внутреннем кольце пахового канала (у 1) и заворот кишечника (также у 1).

Следует указать, что частое развитие паралитической кишечной непроходимости в первые 3—4 дня после операции, возможность при этом рвоты, отсутствие стула и газов, перистальтики, а также «стертая» клиническая картина под влиянием вводимых антибиотиков и наркотиков затрудняют раннюю диагностику послеоперационной механической кишечной непроходимости. Однако такие признаки, как наличие схваткообразных болей в животе различной интенсивности, учащение рвоты, быстро ухудшающееся состояние больного, «шум плеска», отсутствие кишечной перистальтики, неэффективность консервативной терапии, наличие горизонтальных уровней при рентгеноскопии брюшной полости, нарастающие изменения в формуле крови в большинстве случаев позволяют поставить правильный диагноз.

Послеоперационная механическая кишечная непроходимость является абсолютным показанием к релапаротомии. В отношении же непроходимости желудочно-кишечного соусья решение вопроса в каждом отдельном случае должно носить характер рассчитанной тактики. Прежде всего следует отдифференцировать анастомозит от механической непроходимости соусья. В том и другом случае у больных будет наблюдаться частая рвота и асимметрия живота за счет вздутия в эпигастрии. Так как наиболее частой причиной непроходимости в области соусья является анастомозит, то и лечение в большинстве случаев сводится к устраниению его. Для этого производят дренирование желудка носо-желудочным зондом с частым, до 5 раз в сутки, промыванием культи желудка теплой водой, назначают парентеральное введение больших количеств жидкости, переливание крови, ее компонентов и белковых гидролизатов. Одним из эффективных средств при анастомозите является рентгенотерапия на область культи желудка. Результат такого комплексного лечения контролируется рентгеноскопией. Однако необходимо отметить, что при рентгенологическом исследовании можно допустить ошибку, если оно производится однократно, а не в динамике в течение 24 часов. Если в результате проведенного лечения через 4—5 дней при рентгеноскопии контрастная масса хотя бы в небольшом количестве начинает поступать в отводящую петлю, то консервативные мероприятия должны быть продолжены и в последующие дни. В случае полного отсутствия проходимости через анастомоз или поступления контраста только в приводящий отрезок анастомозирующй кишки следует ставить вопрос о релапаротомии. В клинике были с успехом оперированы 2 больных с непроходимостью анастомоза. Тяжелое общее состояние больных и наличие воспалительной инфильтрации тканей обычно не позволяют произвести детальный осмотр области анастомоза из-за боязни разрушения его при мобилизации. Поэтому методом выбора следует считать наложение переднего гастро-энтероанастомоза с дополнительным межкишечным по Брауну. В целом эффективность релапаротомии по поводу острой кишечной непроходимости весьма показательна. Из 11 больных, оперированных повторно, выздоровело 9.

Сравнительно редким осложнением являются послеоперационные кровотечения. Мы наблюдали 2 больных, у которых после резекции желудка возникло внутрижелудочное кровотечение, потребовавшее релапаротомии. В клинике обычно не принято придерживаться активной тактики при послеоперационных внутрижелудочных кровотечениях. Поэтому при появлении редких срывающихся с примесью крови в первые часы после операции назначали гемостатическую терапию (промывание культи желудка теплой водой с добавлением нескольких капель азотнокислого серебра, переливание свежецитратной крови, внутривенное вливание 1% раствора протамин-сульфата (5 мл), эпсилон-аминокапроновой кислоты и т. д.), которая в большинстве своем (у 21 из 23 наших больных) быстро приводила к успеху. За больными устанавливали постоянное наблюдение с измерением АД, подсчетом пульса, определением гемоглобина и количества эритроцитов. Лишь часто повторяющаяся рвота с наличием сгустков крови, учащение пульса, тенденция к снижению АД, безуспешность консервативной терапии могут быть абсолютными показаниями к повторному чревосечению. Важным обстоятельством в ходе операции является создание хорошего доступа к высоко расположенной культе желудка. В этом отношении неоспоримыми преимуществами обладают ран-

расширители РСК-10 [7]. После освобождения культи желудка из окна брыжейки поперечно-ободочной кишки приступают к снятию швов с передней губы анастомоза. Кетгутовую нить непрерывного шва узлами фиксируют у верхнего и нижнего угла соустья. Просвет культи вскрывают, полость его осушают электроотсосом и салфетками. Почти как правило, найти кровоточащий сосуд не удается. Поэтому заднюю губу анастомоза ушивают дополнительно непрерывным или узловыми швами, а переднюю формируют вновь. Однако необходимо помнить, что источником кровотечения может быть и культи двенадцатиперстной кишки. Подобное осложнение было у 1 нашего больного. Потребовалось снятие швов и повторное их наложение на культо двенадцатиперстной кишки. У 1 больной наступило эрозивное кровотечение в результате глубокого нагноения раны после холедохотомии, произведенной по поводу неоперабильного рака поджелудочной железы и механической желтухи. Релапаротомия закончилась тампонадой места кровотечения.

Таким образом наши наблюдения показывают, что наиболее частыми осложнениями раннего послеоперационного периода, при которых показана релапаротомия, являются перитонит, механическая кишечная непроходимость и массивные кровотечения. Они являются абсолютными показаниями к оперативному лечению. Поэтому с целью дальнейшего снижения летальности при этих осложнениях необходимо шире ставить показания к повторному чревосечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев А. А., Золотов Л. В. Вестн. хир., 1962, 4.—2. Дмитриев Б. А., Скрынский Н. Т. Клин. мед., 1964, 12.—3. Корзун И. К. Вестн. хир., 1966, 6.—4. Кравченко П. В. Казанский мед. ж., 1963, 1.—5. Оппель В. А. Нов. хир. арх., 1921, 1.—6. Перкин Э. М., Фрадкин С. З., Бородин Л. В. Вестн. хир., 1965, 5.—7. Сигал М. З., Кабанов К. В. Бюлл. изобретений, 1959, 23.—8. Cate W. R., Dawson R. E. Surg., 1957, 41, 401.—9. Fell S. C., Seidenberg B., Higwitt E. S. Surg., 1958, 43, 490.—10. Hüttl Th. Zbl. Chir., 1964, 89, 49, 1883.—11. Rutter A. G. Lancet, 1953, 2, 1021.—12. Spencer F. E. Arch. Surg., 1956, 73, 844.

УДК 616.381—089.85—616—089.168.1

О РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Л. М. Евтушенко и М. П. Слуцкая

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. П. А. Павленко) Астраханского медицинского института

Тактика хирурга при острых осложнениях после операций на органах брюшной полости за последние годы подвергается пересмотру. Если еще недавно предпочтение отдавалось методам консервативной терапии, то теперь все чаще высказывается мнение о пользе раннего и по возможности радикального оперативного лечения этих осложнений [1, 2, 3, 4].

В нашей клинике с 1951 по 1965 г. повторному чревосечению подверглось 38 мужчин и 26 женщин в возрасте от 11 до 80 лет, им было произведено 55 релапаротомий в сроки от нескольких часов до 15 суток. Большинство (29) релапаротомий предпринято после операции резекции желудка; реже они производились после аппендиэктомии (9), холецистэктомии (6), резекции кишки (4) и прочих операций (7).

Показанием для повторных вмешательств служили: у 8 больных эвентрация, у 4 — кровотечение, у 5 — острая кишечная непроходимость, у 37 — перитонит и внутрибрюшные абсцессы.

Если при эвентрациях и внутренних кровотечениях хирургическая тактика разработана достаточно подробно, то вопрос о показаниях и объеме оперативного вмешательства при перитонитах все еще не получил окончательного разрешения. Трудности диагностики, тяжелое состояние больных, отсутствие уверенности в благоприятном исходе нередко приводят к тому, что хирурги прибегают к релапаротомии, лишь окончательно убедившись в неэффективности консервативной терапии. В результате упускается возможность осуществления радикальной операции, и вмешательство ограничивается или вскрытием уже сформировавшихся гнойников, или дренированием брюшной полости.

Из наблюдавшихся нами 37 больных послеоперационным перитонитом у 29 было разлитое воспаление брюшины (у 16 оно возникло вследствие недостаточности швов, у 9 — из-за некрозов или перфорации стенки полых органов) и у 8 — ограниченное (у 2 больных оно было вызвано недостаточностью швов гастроэнтероанастомоза и культи двенадцатиперстной кишки, у 2 других — инфицированием гематомы и у 4 —