

расширители РСҚ-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 кровотокающий 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 культа двенадцатиперстной кишки. Подобное осложнение было у 1 нашего больного. Потребовалось снятие швов и повторное их наложение на культу двенадцатиперстной кишки. У 1 больной наступило эрозивное кровотечение в результате глубокого нагноения раны после холедохотомии, произведенной по поводу неоперабельного 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. Корзон 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., Hurwitz 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 аппендэктомии (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 гнояников, 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 —

недостаточной эвакуацией воспалительного экссудата и неполноценным дренированием брюшной полости после операций по поводу деструктивного аппендицита и холестита).

Релапаротомия (вскрытие и дренирование брюшной полости) закончилась выздоровлением только у 5 больных ограниченным перитонитом, остальные же погибли от нарастающей интоксикации и истощения, в том числе и оба больных с недостаточностью швов. Эта по существу паллиативная операция оказалась совершенно неэффективной при разлитом перитоните. Из 20 больных, оперированных по такой методике с перитонизацией участков некроза кишки или желудка (у 4) и наложением подвешной энтеростомии (у 12), в живых осталось только 2.

Стой высокую послеоперационную летальность нельзя объяснить только тяжестью состояния больных или крайней несвоевременностью релапаротомии. 5 больных с недостаточностью швов анастомоза, у которых отмечалось довольно острое начало перитонита, были оперированы в первые часы после установления диагноза и, несмотря на это, все погибли. По-видимому, лечебная ценность релапаротомии и дренирования брюшной полости без устранения причин, вызвавших осложнение, крайне невелика.

Мы не наблюдали также и заметного положительного влияния подвешной энтеростомии на течение послеоперационного перитонита. Не устраняя пареза кишечника и интоксикации, эта операция нередко, особенно у истощенных больных, осложнялась прозыванием швов и нагноением раны в области энтеростомии.

Неудовлетворительные результаты консервативных операций при послеоперационном перитоните побудили нас к более радикальному лечению. У 9 больных, помимо дренирования брюшной полости, были дополнительно наложены швы при несостоятельности анастомоза, ушиты и перитонизированы перфоративные отверстия, резецирована омертвевшая кишка. Выздоровело 4 человека.

Возражения, что подобная тактика оправдана лишь при относительно раннем повторном вмешательстве и отсутствии глубоких изменений со стороны тканей и органов брюшной полости, не лишены, конечно, оснований. Однако мы полагаем, что при решении вопроса о показаниях к релапаротомии следует исходить прежде всего из оценки возможностей осуществления у больного радикальной операции. У крайне тяжелых и ослабленных больных релапаротомия едва ли целесообразна.

Особенно показательна эффективность повторных радикальных чревосечений при лечении послеоперационной кишечной непроходимости. Из 5 наблюдавшихся нами больных с послеоперационной непроходимостью у 4 был заворот или ущемление кишки и только у одной — спаечная непроходимость. Эта больная, оперированная по поводу острого аппендицита, дважды подвергалась релапаротомии: при первой был удален воспаленный дивертикул Меккеля и рассечены сращения, при второй резецирована деформированная рубцами кишечная петля. Остальным больным произведено раскручивание или резекция омертвевшей кишки при завороте. Умер один больной с заворотом тощей кишки после резекции желудка.

Таким образом, несмотря на тяжелое состояние больных, подвергшихся релапаротомии, нам удалось получить выздоровление у 50% оперированных. Поэтому мы считаем необходимым чаще прибегать к повторным операциям при тяжелых внутрибрюшных осложнениях, добиваясь раннего и по возможности радикального их устранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ансимов А. Ф. Вестн. хир., 1962, 7. — 2. Беляев А. А. и Золотов Л. В. Там же, 1962, 4. — 3. Иоссет Г. Я. и Кошчер И. И. Клин. хир., 1964, 10. — 4. Сазонов А. М. Нов. хир. арх., 1961, 7.

УДК 616.381—089.85—616—089.168.1—616—089.87—611.33

ПОКАЗАНИЯ К ЭКСТРЕННЫМ РЕЛАПАРОТОМИЯМ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Н. А. Власова

*Хирургическое отделение (зав. — Ю. О. Фурман) 1-й городской больницы
г. Н. Тагил (главрач — Н. А. Фарберов)*

Резекция желудка является в настоящее время признанным методом лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Она производится как в клиниках, так в районных и сельских больницах. Однако еще нередко эта операция приводит к тяжелым послеоперационным осложнениям, распознавание которых на фоне общего тяжелого послеоперационного состояния часто представляет значительные трудности. Тем более трудно решиться на повторную операцию у такого больного. Еще не