

мого. Каких-либо явлений деструкции в местах прилегания перчаточных дренажей к стенкам кишок не найдено.

Длительность пребывания на койке больных перитонитом при дренировании брюшной полости марлевыми дренажами (с резиновыми трубками и без них) значительно больше (28,2 и 20,1 дня соответственно), чем в среднем всех больных перитонитом (19,6). При дренировании только трубками продолжительность госпитализации составила в среднем 19,4 койко-дня, а резиновой перчаткой — всего 16,1.

Всем больным, независимо от метода дренирования, назначали массивные дозы антибактериальных препаратов, а также средства, направленные на коррекцию нарушенной водно-солевого и белкового обмена, на повышение защитных сил организма, снижение интоксикации и т. д.

И если при одинаковых общих мероприятиях, но различных видах дренирования достигаются неодинаковые результаты, то есть основания считать, что они во многом зависят от метода дренирования. Это позволяет нам высказать мнение, что дренирование брюшной полости хирургической перчаткой заслуживает внимания и более частого применения в неотложной абдоминальной хирургии. Указанный метод достаточно эффективен, прост и доступен для использования в любом хирургическом стационаре. Было бы, конечно, неразумно всегда и всюду прибегать лишь к одному виду дренажа (перчаточному) и считать его чуть ли не панацеей от перитонита. Мы полагаем, что марлевым дренажам надо отдавать предпочтение там, где необходимо добиться быстрого развития ограничивающих патологический очаг спаек, при сомнениях в полноценности остановки кровотечения из паренхиматозных органов или клетчаточных пространств.

Резиновые и иные дренажные трубки следует ставить там, где нужно обеспечить активную аспирацию содержимого из ограниченных полостей с плохо спадающимися плотными стенками или отток продуктов жизнедеятельности внутрибрюшных органов. Во всех остальных случаях как при местных, так и, особенно, при распространенных перитонитах целесообразно применять дренаж из цельной хирургической перчатки по методике, изложенной в настоящем сообщении.

Поступила 26 февраля 1973 г.

УДК 616—007.64:616.34

ДИВЕРТИКУЛЕЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ

Канд. мед. наук Б. М. Газетов, И. Д. Жерихова

Проктологическое отделение центральной клинической больницы им. Семашко МПС (нач. — засл. врач РСФСР А. А. Поцубеенко) и хирургическое отделение городской клинической больницы № 60 (главврач — Р. В. Григорьев), Москва

Мы проанализировали 200 наблюдений дивертикулеза толстой кишки. Все больные находились на стационарном лечении. У части из них дивертикулез толстой кишки или его осложнения явились основной причиной госпитализации, у других заболевание диагностировано при обследовании.

Перфорация дивертикулов толстой кишки с развитием перитонита возникла у 8 больных (мужчин и женщин поровну, возраст — от 50 до 86 лет). Генерализованный перитонит был у 1 больного, у остальных — локализованный. Оперировано 6 чел. У 1 больного, у которого периколитический абсцесс дренировался в просвет кишки, было проведено консервативное лечение, так как пациент категорически отказался от операции. У другой больной осложнение не было распознано, и она погибла от генерализованного перитонита. До операции правильный диагноз поставлен у 2 больных. Во всех наблюдениях перфорация дивертикула предшествовали клинические проявления дивертикулеза левой половины толстой кишки. У 6 больных произошла перфорация дивертикула в сигмовидной кишке, у 2 — в области печеночного и селезеночного изгибов толстой кишки. У всех больных перфорация возникла остро, у 3 ей предшествовало физическое напряжение.

Приводим некоторые из наших наблюдений.

Л., 86 лет, госпитализована 3/III 1969 г. по поводу обострения хронического калькулезного холецистита. Заболевание характеризовалось резкой болью в правом подреберье, тошнотой, рвотой, желтушностью кожи и склер, повышением температуры до 39°. В анамнезе — желчнокаменная болезнь с 1959 г. В 1966 г. диагностирован дивертикулез толстой кишки. Общее состояние больной средней тяжести, упитанность нормальная, кожа и видимые слизистые оболочки желтушны. Сердце и легкие — в пределах возрастных изменений. Пульс 100, ритмичный. АД 140/80. Язык влажный, обложен. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье, пальпируется увеличенный желчный пузырь. Симптомов раздражения брюшины нет. Нижний край печени пальпируется на 3—4 см ниже реберной дуги. Стул — запоры с 1965 г., моче-

испускание нормальное. Анализ крови: Гем.—13,4 г%, Э. 4 000 000, Л. 6 000, п.—34%, с.—40%, л.—18%, м.—6%, б.—1%, э.—1%, РОЭ 30 мм/час. Билирубин 3 мг%, реакция прямая, быстрая. Моча без изменений, амилазы в моче 4 ед.

Проводилась энергичная консервативная терапия. Состояние больной постепенно улучшилось, болевые ощущения ликвидировались, температура нормализовалась, желтуха исчезла, желчный пузырь сократился и перестал пальпироваться. 20/III 1969 г. на фоне относительного благополучия состояние больной внезапно ухудшилось. Появилась общая слабость, тошнота, была рвота. Температура—36,4°. Боли при пальпации живота не было. Живот умеренно вздут. Все показатели при анализе крови в пределах нормы. 26/III 1969 г. появилась боль по всему животу, живот вздут, кал и газы не отходят. При пальпации живота—болезненность во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Состояние больной прогрессивно ухудшалось, появились перитонеальные явления, и 29/III 1969 г. она скончалась. На вскрытии: дивертикулез нисходящей и сигмовидной кишки с перфорацией одного из дивертикулов сигмовидной кишки. Каловый перитонит. Желчнокаменная болезнь с наличием камней в желчном пузыре и общем желчном протоке.

Заключение: смерть больной, страдавшей дивертикулезом левой половины толстой кишки, последовала от разлитого калового перитонита вследствие перфорации дивертикула сигмовидной кишки. В левой половине толстой кишки на всем протяжении имеется множество дивертикулов, форма их округлая или овальная, диаметр—0,3—0,1 см. Стенка кишки на разрезе не утолщена, слизистая оболочка розового цвета, складчатая. При исследовании дивертикулов со стороны просвета кишки установлено, что почти все они содержат каловые камни. В области ректо-сигмоидного изгиба имеется перфорация дивертикула 0,5 × 0,4 см, края слизистой оболочки в области перфорированного дивертикула черного цвета.

В данном наблюдении в результате перфорации одного из дивертикулов сигмовидной кишки развился генерализованный каловый перитонит. Атипичная клиническая картина обусловлена энергичной противовоспалительной терапией, проводимой по поводу обострения калькулезного холестита. Дивертикулы содержали каловые камни, что, несомненно, способствовало перфорации. Она возникла в дивертикуле, который локализовался на свободной поверхности кишечной стенки, что вызвало развитие генерализованного калового перитонита. При локализации дивертикула в жировой клетчатке брыжейки или жирового подвеса развиваются ограниченные абсцессы, которые могут дренироваться в просвет кишки, как это видно из следующего наблюдения.

Н., 50 лет, поступил в клинику 16/II 1971 г. с жалобами на боль в левой подвздошной области, повышение температуры до 38°, озноб. Заболел остро в день поступления. В анамнезе: в течение 4 лет периодически беспокоит боль в левой подвздошной области, сопровождающаяся вздутием живота, затрудненным отхождением кала и газов. Объективно: упитанность нормальная, температура 38,5°. Сердце и легкие без отклонения от нормы. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется болезненный инфильтрат без четких контуров. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул—наклонность к запору, мочеиспускание нормальное. Анализ крови: Гем.—16 г%, Э. 4 300 000, Л. 15 200, РОЭ 16 мм/час. Больному назначена диета, холод на живот, антибиотики. Состояние улучшилось, боль в животе уменьшилась, температура снизилась до субфебрильной. Ректороманоскопия: ректоскоп свободно введен на 30 см. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована, складки грубые, создается впечатление ее «избыточности». В просвете кишки большое количество слизи. Ирригоскопия: контрастная взвесь свободно заполняет все отделы толстой кишки. Гаустрация неравномерная, «раздавленная». Сигмовидная кишка деформирована, просвет ее в области инфильтрата сужен, по обоим ее контурам—зубчатость (симптом «зубьев пилы»). В сигмовидной и нисходящей кишке имеются множественные дивертикулы диаметром до 1 см, с трудом освобождающиеся от бариевой взвеси. Выхождения контрастной взвеси за пределы кишечного контура или за пределы дивертикула не выявлено.

Заключение: дивертикулез толстой кишки, осложненный перфорацией дивертикула сигмовидной кишки. Учитывая, что процесс ограничился, 17/III 1971 г. была сделана попытка вскрыть гнойник внебрюшинно, из разреза в левой поясничной области. Обнаружен плотный инфильтрат без участков размягчения. При пункции инфильтрата гноя не получено. Рана зашита наглухо. 22/III 1971 г.—лапаротомия. При ревизии брюшной полости установлено, что сигмовидная кишка деформирована, утолщена, фиксирована спайками к париетальной брюшине. Брыжейка сигмовидной кишки и жировые подвески содержат большое количество жировой клетчатки. Инфильтрат располагается в брыжейке сигмовидной кишки. Найдены отдельные дивертикулы в сигмовидной и нисходящей кишке, располагавшиеся снаружи от *taeniae libera*. Произведена левосторонняя гемиколэктомия с выведением концов кишки на кожу (операция Микулича). Препарат: стенка сигмовидной кишки резко утолщена (до 1 см), ригидна, просвет кишки сужен в области инфильтрата. Препарат резецированной кишки заполнили контрастной взвесью и сделали рентгеновский снимок, выхождения контрастной взвеси в области инфильтрата за пределы кишки не выявлено. На разрезе: слизистая оболочка розового цвета, очень подвижна по отношению к подслизистой слою. Имеются складки в виде «гребней», которые идут на $\frac{3}{4}$ окружности кишки. Слизистая оболочка над «гребнями»

подвижна. Обнаружены устья 12 дивертикулов. В области устья дивертикула слизистая оболочка возвышается в виде кольца, иногда слегка гиперемирована. Диаметр устьев — 0,3—0,6 см. Большинство дивертикулов располагалось в толще жировой клетчатки брыжейки или жирового подвеса. «Глубина» дивертикулов 0,8—1,2 см, некоторые из них содержат каловые камни. Инфильтрат в толще брыжейки сигмовидной кишки имеет размеры 10 × 12 см, брюшина над инфильтратом не изменена. В области инфильтрата в сигмовидной кишке имеется 2 дивертикула, длиной 1,0 и 1,2 см. Слизистая оболочка в области устьев этих дивертикулов слегка гиперемирована. Микроскопическое исследование: стенка сигмовидной кишки резко утолщена за счет гипертрофии циркулярных мышц, имеется острое гнойное воспаление жировой клетчатки брыжейки сигмовидной кишки. Один из дивертикулов в области верхушки некротизирован (перфорация).

В приводимом наблюдении перфорация дивертикула, локализованного в жировой клетчатке брыжейки сигмовидной и поперечной ободочной кишки, закончилась формированием ограниченной гнойной полости, частично дренировавшейся в просвет кишки. Не исключена возможность распространения гноя по забрюшинной клетчатке в любом направлении, о чем имеются сообщения в литературе.

Типичную картину перфорации дивертикула сигмовидной кишки с развитием локализованного перитонита иллюстрирует следующее наблюдение.

У., 72 лет, госпитализирован 7/II 1969 г. с жалобами на боль внизу живота, общую слабость, повышение температуры до 39°. Около 5 лет страдает «хроническим коликом». Заболевание характеризуется периодической болью в левой подвздошной области и над лобком, вздутием живота, затрудненным отхождением газов и кала. 27/I 1969 г. ночью У. проснулся от сильной боли в левой подвздошной области и вздутия живота. Отмечал задержку отхождения газов и кала. Был осмотрен врачом неотложной помощи, сделана инъекция наркотиков, которые не ликвидировали боли. После приема слабительного и ромашковой клизмы состояние несколько улучшилось, боль стала меньше, отошли газы и кал, но температура повысилась до 38,5°, был озноб. Амбулаторно больной получал слабительное, очистительные клизмы, антибиотики, анальгетики, но состояние не улучшалось, и через 11 дней он был госпитализирован. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное, температура 38°. Упитанность повышенная. Границы сердца расширены влево, пульс 92, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 160/90. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот сильно вздут, болезненный в эпигастрии и в левой подвздошной области, где пальпируется болезненный инфильтрат, распространяющийся к средней линии над лобком. Размеры инфильтрата 12 × 15 см, границы его нечеткие. Симптомов раздражения брюшины нет. В мочевой пузырь введен катетер, выведено 200 мл мочи, размеры инфильтрата не уменьшились. Стул — упорные запоры в течение последних 5 лет. Анализ крови: Гем. 12 г%, Э. 4 500 000, Л. 11 250, п. — 22%, с. — 67%, л. — 4%, м. — 7%, РОЭ 20 мм/час. Выказано предположение об опухоли сигмовидной кишки, осложненной перфорацией. Была продолжена консервативная терапия и одновременно начата подготовка к операции. 10/II 1969 г. — лапаротомия. При осмотре брюшной полости обнаружен инфильтрат, при ревизии которого вскрылся гнойник и выделилось 500 мл зловонного гноя. Гнойник располагался между левой половиной толстой кишки, петлями тонкой кишки и салынком. Санирование брюшной полости. В область гнойника поставлен тампон и резиновая трубка. Взяты кусочки тканей из различных отделов толстой кишки, сделан посев гноя. Гистологически картина гнойного воспаления с наличием инфильтрата из лимфоидных элементов и лейкоцитов. В посевах гноя — кишечная палочка и энтерококк. В послеоперационном периоде из раны на 2-е сутки стал отделяться кал. На 3, 9 и 13-й дни после операции возникали желудочные кровотечения (в анамнезе — язва двенадцатиперстной кишки). Было предпринято консервативное лечение, однако окончательно остановить кровотечение не удалось, и 23/II 1969 г. на высоте кровотечения больной скончался. Клинический диагноз: обострение хронического язвенного колита с перфорацией язвы и образованием гнойника; обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки; кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки. Патологоанатомический диагноз: дивертикулез сигмовидной и нисходящей кишки, перфорация дивертикула сигмовидной кишки с развитием межкишечного абсцесса; подострые язвы малой кривизны желудка с эрозией сосуда и кровотечением в просвет желудочно-кишечного тракта; малокровие и дистрофия паренхиматозных органов.

Как видно из приведенных наблюдений, диагностика перфораций дивертикулов толстой кишки трудна. Задача несколько облегчается, если дивертикулез толстой кишки диагностирован ранее. Важное значение в диагностике имеет рентгенологическое исследование (обзорный снимок брюшной полости, ирригоскопия), при помощи которого можно выявить свободный газ в брюшной полости, выхождение контрастной взвеси за пределы кишечного контура, дивертикулы или деформацию толстой кишки.

У 3 из 6 оперированных больных была осуществлена резекция пораженного сегмента толстой кишки (у 2 проведена операция Микулича, у 1 — резекция кишки с анастомозом конец в конец). У 1 больного наложен противоестественный задний проход на сигмовидную кишку с восстановлением целостности кишки через 1,5 года без резекции пораженной дивертикулами сигмовидной кишки. У 2 больных оперативное вмешательство ограничилось дренированием области перфорации.

Перфорация дивертикула толстой кишки явилась непосредственной причиной смерти у 3 из 8 больных. Кроме этого, после оперативного вмешательства от других, не связанных с перфорацией, причин умерло еще 2 больных.

Тактика хирурга при дивертикулезе толстой кишки, осложненном перфорацией дивертикула с развитием генерализованного или локализованного перитонита, окончательно не определена. Дренажное отведение каловых масс из пораженного сегмента толстой кишки малоэффективно. Дренажное отведение перфорации с ушиванием или без ушивания дефекта в кишке с наложением проксимальной двустольной колостомы значительно снижает летальность. Первичная резекция пораженного сегмента без анастомозирования концов кишки (операции по типу Гартмана или Микулича) или экстериоризация (выведение) пораженного сегмента более перспективны, так как ликвидируют источник перитонита, и послеоперационная летальность при них равна 3—15%. Предложение некоторых авторов производить резекцию пораженного сегмента кишки с наложением анастомоза при перфорациях дивертикула и развитии перитонита не получило поддержки у большинства хирургов.

Поступила 15 января 1973 г.

УДК 616.151.5

К ВОПРОСУ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ ИНФОРМАТИВНОСТИ ХАРАКТЕРИСТИК ТРОМБОЭЛАСТОГРАММ

*А. Н. Ильин, И. Л. Казбинцева, М. А. Котовщикова,
Д. И. Левитина, Е. Г. Неплох*

Лаборатория свертывания крови (зав.— доктор мед. наук З. Д. Федорова) Ленинградского НИИ гематологии и переливания крови (научный руководитель — акад. АМН СССР А. Н. Филатов) и Ленинградский филиал ВНИИ медицинского приборостроения

Свертывающая система крови может быть охарактеризована как многопараметрическая. В настоящее время имеется ряд методов исследования тех или иных фаз и стадий процесса коагуляции. Наибольшее распространение получили приборы, основанные на измерении механических характеристик фибринового сгустка (тромбоэластографы). Нами предпринята попытка количественно оценить значение тромбоэластографии в определении состояния свертывающей системы крови, сравнить показания данного прибора с результатами биохимических исследований (коагулограммой) в норме и патологии.

Исследования выполнены на приборе «Тромб-2». Для сопоставления параметров тромбоэластограммы с биохимическими тестами была выбрана наиболее распространенная тромбоэластограмма, снимаемая на цитратной венозной плазме при применении макрометода.

В качестве примера нарушения функции свертывающей системы крови (гипофункции ее) мы взяли гемофилию А. Были обследованы больные, поступившие в хирургическое отделение института в 1969—1970 гг. (28 чел.). За норму мы приняли данные, полученные у практически здоровых людей 19—23 лет (33 чел.).

У 10 больных была тяжелая форма гемофилии (группа А), у 7 — среднетяжелая (группа В) и у 11 — легкая (группа С). Деление на группы произведено по количеству определяемого у больных фактора VIII: в группе А — <6%, в группе В — 6—11%, в группе С — >11%, что соответствует и клинической картине.

Основные 4 параметра тромбоэластограммы и 3 биохимических теста, информативность которых нами оценивалась, обозначены следующим образом: время реакции (r) в сек. — X_1 , время образования сгустка (k) в сек. — X_2 , максимальная амплитуда (ma) в мм — X_3 , общее время свертывания (T) в мин. — X_4 , время рекальцификации плазмы в сек. — X_5 , толерантность плазмы к гепарину в мин. — X_6 , концентрация фибриногена в мг% — X_7 .

Информативность мы определяли при дифференциации больных и здоровых людей, а также при делении больных гемофилией на группы А, В и С, с применением ряда математических методов.

В качестве приблизительной меры информативности был применен непараметрический критерий Вилкоксона (критерий U) определения существенности различия распределений признаков [1]. Почти по всем признакам (кроме X_7 и X_2 в одном случае) классы различаются с достаточным ($P < 0,05$ и $P < 0,01$) и даже высоким ($P < 0,001$) уровнем значимости.

Классы А и В, В и С различаются между собой значительно хуже. Отметим, однако, что отсутствие существенных различий между распределениями какого-либо признака еще не означает, что этот признак вообще не несет информации о различии между сравниваемыми классами. При увеличении числа наблюдений или при применении более мощного критерия существенные различия могут выявиться.