

Этот факт необходимо учитывать в хирургическом лечении. Производя простейшую операцию (ушивание), желательнее иссекать язву, ликвидируя тем самым источник антигенного раздражения. Эта манипуляция показана также при выполнении пилоропластики.

ВЫВОДЫ

1. Количественная характеристика прогностически значимых признаков, а также вычисленная критическая сумма позволяют выбрать паллиативную либо радикальную операцию в каждом конкретном случае в свете ожидаемых отдаленных исходов.

2. Расширение показаний к радикальным методам за счет применения ваготомии с дополняющими ее дренирующими операциями улучшает результаты хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв.

3. Признаки аутоиммунного конфликта, обнаруженные при перфоративных язвах, свидетельствуют о важном положительном значении устранения источника антигенного раздражения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гриншпун О. Я. Иммуные факторы в патогенезе и клинике язвенной болезни. Автореф. докт. дисс., Л., 1965. — 2. Кац В. Н. Выбор метода операции при перфоративной язве. Автореф. канд. дисс., Саратов, 1973. — 3. Квачадзе Р. Г. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв. Автореф. канд. дисс., М., 1976. — 4. Математическое моделирование в клинической хирургии. Под ред. К. И. Мышкина. Саратов, 1969. — 5. Мышкин К. И., Франкфурт Л. А. Клин. мед., 1971, 11.

Поступила 23 ноября 1978 г.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 617.55—001—089

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА

Г. М. Николаев, Л. М. Нечунаев, В. Г. Чуприн

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом нейрохирургии (зав. — проф. Г. М. Николаев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и 15-я городская клиническая больница (главврач — Л. А. Баранчикова)

Реферат. Обобщены результаты клинических наблюдений за 206 больными с закрытыми травмами живота. Летальность составила 21,4%. Тяжесть состояния пострадавших с закрытой травмой живота и исходы определяются характером повреждений, наличием или отсутствием шока и кровопотери, временем, прошедшим с момента травмы, объемом и эффективностью предоперационной подготовки и протившоковой терапии, возрастом пострадавших.

Ключевые слова: живот, закрытые травмы, диагностика.

Библиография: 2 названия.

С 1967 по 1976 г. в нашей клинике находилось на лечении 206 больных с закрытыми повреждениями живота: 66 (32%) с закрытыми ушибами и повреждениями брюшной стенки и 140 (68%) с закрытыми повреждениями внутренних органов.

Закрытые повреждения брюшной стенки, сопровождающиеся разрывами и кровоизлияниями в ее толщу и забрюшинную клетчатку, трудно отличить от повреждения органов живота. Гематома в толще брюшной стенки может быть принята за внутрибрюшное образование. Однако при активном напряжении брюшной стенки в момент самостоятельного приподнимания больного с постели внутрибрюшное образование перестает определяться, внутристеночное же не исчезает, а, напротив, более четко контурируется. При повреждении брюшной стенки местное напряжение ее, как правило, не сопровождается развитием симптома Щеткина—Блумберга, шок у пострадавших наблюдается в редких случаях.

В сомнительных случаях мы производили лапароцентез с введением в брюшную полость «шарящего» катетера либо делали лапароскопию.

Пробная лапаротомия как способ разрешения диагностических сомнений не исключается, ибо ошибки в диагностике приводят к опасным последствиям: в случае повреждения внутренних органов исход зависит от своевременности оперативного вмешательства. При диагностической лапаротомии поврежденных внутренних органов не было обнаружено у 4,1% пострадавших.

Закрытые повреждения органов живота относятся к тяжелым травмам. Мы различаем изолированные повреждения органов, множественные и сочетанные, т. е. повреждение внутреннего органа (органов) живота, груди, черепа и скелета. Изолированные повреждения органов живота были у 76 пострадавших (54,3%), множественные — у 23 (16,4%), сочетанные — у 41 (29,3%). Множественные и сочетанные повреждения относятся к политравме.

Из 140 пострадавших у 64 чел. имелись 107 повреждений внутренних органов живота в различных вариантах множественных и сочетанных травм. Повреждения полых органов наблюдались в 50,8%, паренхиматозных — в 32,8%, кровеносных сосудов брюшной полости (сосудов брыжейки, сальника, связок) — в 16,4%.

Как при изолированных повреждениях, так и при политравме первое место по частоте занимали повреждения тонкого кишечника, второе — повреждения селезенки, затем следовали в убывающем порядке повреждения мочевого пузыря, кровеносных сосудов брюшной полости и печени. При больших разрывах полых органов и сильном кровотечении клиническая картина проста, и диагноз не вызывает сомнений. Трудности диагностики возникают при политравме, у пострадавших, находящихся в состоянии тяжелого шока, а также при небольших повреждениях пустого полого органа и при медленно нарастающей кровопотере.

А. А. Бочаров (1967) подчеркивал, что выжидать развития отчетливых симптомов перитонита или тяжелого обескровливания ни в коем разе нельзя. Во всех случаях, когда клинические признаки недостаточны для того, чтобы подтвердить или отвергнуть повреждение органов живота, сомнения могут быть разрешены тремя путями.

Первый путь — наблюдение за пострадавшим — далеко не безопасен, так как может быть упущено время для эффективного вмешательства.

Второй путь — лапароцентез с введением в брюшную полость «шарящего» катетера. Появление крови или других примесей будет свидетельством повреждения внутренних органов. Наилучшим методом диагностики в настоящее время является лапароскопия: диагностическая достоверность полученных с ее помощью данных составляет 99,1% [2].

С 1972 по 1976 г. мы применили лапароцентез у 26 и лапароскопию у 7 больных, у которых не было ясной клинической картины. При лапароскопии у 3 больных были обнаружены повреждения печени, у 4 — повреждения селезенки, хотя кровь при лапароцентезе из брюшной полости не выделялась. На операции в брюшной полости было обнаружено от 200 до 250 мл крови. Лапаротомия после лапароцентеза, давшего положительный результат (через «шарящий» катетер выделилась кровь), показала, что у 6 больных была повреждена печень, у 8 — селезенка и у 12 — кровеносные сосуды брыжейки, сальника, кишечной стенки.

Третий путь — пробная лапаротомия как способ разрешения диагностических сомнений — может быть рекомендован тогда, когда нет возможности применить лапароскопию. Пострадавшие с признаками внутреннего кровотечения нуждаются в срочном хирургическом вмешательстве, переливании крови на операционном столе, инфузии протившоковой и кровезамещающих жидкостей, проведении кислородной терапии.

Пострадавшие с тяжелым перитонитом, декомпенсацией сердечно-сосудистой деятельности, находящиеся в состоянии шока, нуждаются в предоперационной и протившоковой терапии, длительность которой не должна превышать 2—3 ч. Оперативное вмешательство целесообразно проводить под эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов.

Послеоперационная летальность при закрытой травме живота по данным литературы составляет от 10 до 57,5%. В нашей клинике из 140 пострадавших с изолированными закрытыми повреждениями органов живота и политравмой после операции умерли 30, т. е. общая послеоперационная летальность была равна 21,4%. При изолированных повреждениях послеоперационная летальность составила 10,5%, при множественных повреждениях органов живота — 34,8%, при сочетанных повреждениях — 34,1%.

Тяжесть состояния и исходы у пострадавших с закрытой травмой живота определяются прежде всего характером повреждений, наличием или отсутствием шока и кровопотери, временем, прошедшим с момента травмы, характером предоперационной и протившоковой терапии, возрастом пострадавших и многими другими факторами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочаров А. А. Повреждения живота. М., Медицина, 1967. — 2. Горшков С. З., Волков В. С. Хирургия, 1976, 3.

Поступила 24 июля 1979 г.

УДК 618.1:616.381—002—089—059:616—08

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРИТОНИТА У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Д. Ф. Костючек

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. А. С. Слепых) Ленинградского санитарно-гигиенического медицинского института

Реферат. Анализ историй болезни 121 больной, оперированной по поводу гинекологического перитонита, показал, что ранняя госпитализация, рациональное использование предоперационного времени для создания антибактериального барьера, частичного уменьшения интоксикации и коррекции гемодинамики для выполнения операции и наркоза, а также массивная антибактериальная и инфузионная терапия во время операции и в послеоперационном периоде с коррекцией метаболических и гемодинамических нарушений, повышением иммунных сил организма, борьбой с гиподинамией и паретическим состоянием кишечника обеспечивают реальные условия для достижения благоприятных результатов в лечении перитонита.

Ключевые слова: гинекологические больные, перитонит.

Библиография: 6 названий.

Частота перитонита у гинекологических больных составляет по данным литературы от 1,2% [1] до 4,5% [4], а летальность при нем — от 7% [5] до 10—35% у больных пожилого возраста. В борьбе с этим грозным заболеванием важнейшее значение имеет совершенствование методов диагностики и ранняя госпитализация.

Течение перитонита у гинекологических больных клинически выражено неотчетливо, поэтому ни у больных, ни у наблюдающего врача не возникает настороженности, и переход гинекологического заболевания (чаще всего воспаления придатков матки) в перитонит обнаруживается не сразу, что является причиной запоздалого оперативного вмешательства.

Под нашим наблюдением находилась 121 больная, оперированная по поводу гинекологического перитонита. 9 из них были моложе 20 лет, 45 — в возрасте от 20 до 29 лет, 34 — от 30 до 39 лет, 21 — от 40 до 49 лет и 12 — старше 50 лет.

В первые 12 ч заболевания госпитализировано 45 больных, от 12 до 24 ч — 29, позже чем через 1 сут — 47. Таким образом, поздняя госпитализация составила 38,8%. Ее причинами были поздняя обращаемость и затруднения в диагностике. Все больные были оперированы уже при наличии разлитого перитонита: в первые 6 ч от момента поступления оперировано 48, через 24 ч — 51, позже 2—3 сут — 22 женщины. Из этих данных следует, что в оптимальные сроки оперировано лишь 39,6% больных.

При поступлении симптомы интоксикации были у всех больных, выраженный болевой симптом с тенденцией к усилению — у 109, тахикардия, реже брадикардия — у большинства, повышение температуры — у всех больных (у 36 — с ознобами), несоответствие частоты пульса показателям температуры — у 112, учащенное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры в связи с тяжелыми метаболическими нарушениями и высоким стоянием диафрагмы — у 102. Обращали на себя внимание выраженные диспепсические расстройства: жажда и сухость во рту — у трети обследованных; икота, тошнота, рвота — у 78. Симптомы раздражения газовой брюшины были у 72 больных, всей брюшины — у 49. У 18 больных наблюдались апатия или возбуждение как следствие интоксикации.

Нам представляется важным подчеркнуть, что совокупность таких признаков, как боли в животе с тенденцией к расширению зоны, симптомы интоксикации, нарушение психики (апатия или возбуждение), несоответствие частоты пульса температурной реакции, характерные изменения в картине крови, уже дают право диагностировать перитонит.