

Таким образом, нарушения гемоциркуляции проявляются ангиографически в нарушениях целостности сосудов соответствующего слоя, в венозном стазе, тромбозах. Постоянным элементом ангиограммы являются изменения, связанные с паравазальными экстравазатами и некротическими тканями. Гистологически обнаруживали некроз поверхностных слоев слизистой или тотальный некроз. Местами сохранялся эпителий в криптах, обнажались лимфоидные фолликулы, были видны изъязвления, отек подслизистого слоя, геморрагическая имбибиция.

Данные ангиоскопии (-графии) кишечника указывают, что при остром некротическом послеоперационном энтероколите развивается тяжелая сосудистая патология интрамурального русла кишки на обширном протяжении. В процесс вовлекается преимущественно слизистая оболочка. Определить состояние стенки при обычном осмотре не представляется возможным. Единственный шанс спасения больных с этой тяжелой патологией может дать резекция пораженной кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал З. М. ДАН СССР, 1974, 3.— 2. Сигал М. З. Трансиллюминация при операциях на полых органах. М., Медицина, 1974.

Поступила 23 января 1979 г.

УДК 616.341—089.86:616.381—089.85—053.2

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ РЕЛАПАРОТОМИИ ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ТОНКОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗО У ДЕТЕЙ

Э. В. Ульрих, Ю. С. Беленький

*Кафедра детской хирургии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Г. А. Баиров) Ленинградского ордена Трудового Красного Знамени педиатрического медицинского института и кафедра детской хирургии (зав. — проф. А. П. Шапкина)
Владивостокского медицинского института*

Реферат. Описаны основные осложнения, возникшие после резекции тонкой кишки у 87 из 560 оперированных детей. При перитоните, развившемся вследствие расхождения швов анастомоза, предпочтительно выведение петли кишки, несущей анастомоз, на переднюю брюшную стенку. Основным оперативным приемом в случае развития обширного спаечного процесса в первые две недели после операции должно быть наложение энтеростомы на подлежащую к ране раздутую петлю кишки. При эвентрации необходимо неотложное оперативное лечение с применением разгрузочных нитей на апоневроз.

Ключевые слова: тонкокишечный анастомоз у детей, осложнения, релапаротомия.

Библиография: 5 названий.

Осложнения, возникающие после резекции кишки, нередко требуют релапаротомии. Практические результаты лечения больных, перенесших повторное вмешательство, нельзя считать удовлетворительными: летальность составляет от 13,3% до 52,3% [3, 4]. Исход зависит не столько от успешности лечения основного заболевания, сколько от мероприятий, предпринимаемых для ликвидации послеоперационных осложнений.

Мы поставили перед собой задачу выяснить характер и частоту осложнений, требующих экстренной реоперации, у больных, перенесших резекцию тонкой кишки, разобрать тактику хирурга при их возникновении и дать практические рекомендации.

В детских хирургических клиниках Ленинграда и Владивостока с 1957 по 1977 г. произведено 560 резекций тонкой кишки. У 87 пациентов (мальчиков — 56, девочек — 31) в раннем послеоперационном периоде развились осложнения, потребовавшие повторной лапаротомии. Среди этих больных было 34 новорожденных, 22 ребенка в возрасте от месяца до года, 6 — от 1 года до 3 лет, 20 — от 3 до 10 лет и 5 — старше 10 лет. Общая летальность составила 63,2%.

У 34 детей поводом к первой операции явилась врожденная кишечная непроходимость, у 14 — инвагинация, у 10 — спаечная непроходимость, у 8 — ущемленная грыжа, у 6 — заворот тонкой кишки, у 5 — травма тонкой кишки, у 3 — свищ

желчного протока, у 2 — тонкокишечный свищ и у 5 — прочие заболевания тонкой кишки.

Причиной экстренной релапаротомии были следующие осложнения: у 44 оперированных — несостоятельность кишечных анастомозов, у 28 — кишечная непроходимость, у 13 — эвентрация кишечника и у 2 — абсцесс в брюшной полости.

Несостоятельность швов анастомоза занимает ведущее место среди осложнений. К непосредственным причинам несостоятельности швов мы отнесли: 1) прогрессирование в послеоперационном периоде разлитого перитонита, явившегося следствием основного заболевания (у 11); 2) технические ошибки, допущенные при формировании анастомоза, включая «малые резекции» (у 10); 3) значительные трудности при оперативных вмешательствах у новорожденных и детей с сопутствующими заболеваниями и пороками развития (у 17); 4) понижение пластических функций организма недоношенных (у 6).

У 11 пациентов несостоятельность анастомоза обнаружена на секции; у 7 диагноз поставлен ввиду выделения кала из раны; у 9 несостоятельность анастомоза установлена до выполнения повторного вмешательства, причем у 5 подтверждена рентгенологически (наличие газа в брюшной полости); у остальных 17 больных источник послеоперационного перитонита был выявлен при релапаротомии. В последних случаях план хирургического вмешательства намечался непосредственно во время операции и не всегда был оптимальным, а иногда и ошибочным. Так, 11 больным произведено реанастомозирование, 5 — ушивание места несостоятельности швов анастомоза, одному наложена разгрузочная стома выше анастомоза.

Опыт показывает, что наложение кишечного шва при повторных вмешательствах, проводимых на фоне перитонита, как правило, обречено на неудачу, так как реоперация обычно проводится через сутки и более с момента развития осложнения. В этот период патологические изменения, развившиеся в брюшной полости, способствуют максимальному увеличению биологической проницаемости анастомоза, даже при первичной механической прочности его. Все 17 больных, которым проводилось реанастомозирование или ушивание несостоятельного анастомоза, погибли.

Оптимальным вариантом вмешательства при несостоятельности швов мы считаем резекцию петли, несущей анастомоз, и выведение дистальной и оральной петель на переднюю брюшную стенку через отдельные небольшие разрезы. Из 16 больных, у которых мы применили этот вариант вмешательства, выжило 8, несмотря на то, что все они оперированы через сутки и более после появления первых признаков осложнения.

Послеоперационная кишечная непроходимость была вторым по частоте осложнением (28 наблюдений). Наиболее типичной ошибкой при данном послеоперационном осложнении являлась неправильная оценка вида непроходимости, особенно в первые 3—6 дней после лапаротомии. Как правило, непроходимость у детей в эти сроки связывалась со спаечным процессом в брюшной полости (12). Однако при релапаротомии обнаруживали динамическую непроходимость (7).

Ретроспективный анализ показал, что до 1970 г. больным проводили недостаточно эффективную противопаретическую терапию: прозерин, внутривенное введение гипертонического раствора поваренной соли на фоне паранефральной блокады. Присоединение «механического» компонента при послеоперационном спастическом перитоните часто приводило к оперативному вмешательству. При релапаротомии механическая непроходимость не подтверждалась, но хирурги, проведя ревизию, накладывали энтеростому на одну из петель «тяжелой», плохо перистальтирующей тонкой кишки. После повторного вмешательства парез прогрессировал, и энтеростомы, как правило, не функционировала (5 наблюдений).

С введением в клинику метода продленной перидуральной анестезии и современной инфузионной терапии [2] течение послеоперационных парезов значительно улучшилось. При правильно спланированной антипаретической и дезинтоксикационной терапии моторная функция кишечника обычно восстанавливалась на 3—4-е сутки. Опыт показывает, что если в это время состояние больного продолжает оставаться тяжелым и пассаж по кишечнику не восстанавливается, следует думать о присоединении внутрибрюшного осложнения, поддерживающего парез (инфильтрат, абсцесс, прогрессирование перитонита), или наложении на парез механического компонента непроходимости за счет формирующихся спаек. Фибринозный характер спаек в этот период позволяет надеяться на ликвидацию непроходимости продолжением начатой терапии в течение 18—24 ч.

Хирургическое вмешательство по поводу непроходимости в первые 3—6 дней послеоперационного периода допустимо только тогда, когда непроходимость развилась

при отсутствии пареза или если спаечно-паретическая непроходимость не поддается консервативным методам лечения в течение 18—24 ч.

Во время хирургического вмешательства по поводу спаечно-паретической непроходимости при вскрытии брюшной полости обычно обнаруживают слипчивый процесс. Наличие последнего служит противопоказанием к проведению ревизии; операцию в таких случаях заканчивают наложением энтеростомы на подлежащую раздутую петлю кишки (4 наблюдения). В последующем проводят активную противоспаечную физиотерапию. Свищ закрывают через 2—3 нед после восстановления нормального пассажа по кишечнику. Такой подход к лечению кишечной непроходимости в первые дни (до 5—6) послеоперационного периода позволил сократить количество релапаротомий с 10 (в период до 1970 г.) до 2 (после 1970 г.), причем у последних двух пациентов борьба с парезом проводилась методами, применяемыми в первый период.

Таким образом, при использовании антипаретической и современной инфузионной терапии на фоне продленной перидуральной анестезии удалось практически полностью ликвидировать спаечно-паретическую непроходимость и уменьшить тяжесть послеоперационных парезов.

При простой (8 наблюдений) и инфильтративной (3 наблюдения) формах ранней спаечной непроходимости терапию также начинают с применения консервативных мероприятий (с 1970 г. — на фоне продленной перидуральной анестезии), а при отсутствии эффекта от нее в течение 6—12 ч ставят показания к хирургическому лечению. Оперативные приемы зависят от того, что устанавливают при вскрытии брюшной полости. Если обнаруживается выраженный спаечный процесс, ограничиваются энтеростомией раздутой петли кишки без проведения ревизии, а при отсутствии спаек на подлежащих в рану петлях кишечника делают ревизию для выявления места препятствия. При инфильтративных формах операцию заканчивают наложением обходного анастомоза.

При раннеотсроченной форме спаечной непроходимости (3 наблюдения) типичной ошибкой являлась длительная консервативная терапия (более 2—3 ч) и стремление хирургов ликвидировать все сращения. Мы считаем, что следует ограничиться разделением спаек, вызывающих непроходимость.

Обтурационная кишечная непроходимость, возникшая у 2 новорожденных, была обусловлена техническими трудностями при наложении концевой анастомоза двухрядным швом.

Эвентрация наблюдалась у 13 больных. Осложнение наступало обычно на 6—10-й день после операции, преимущественно у детей в возрасте от периода новорожденности до 8 мес. В этой группе у большинства детей были сопутствующие заболевания и пороки развития, часть из них поздно оперирована по поводу кишечной непроходимости.

Низкие репаративные возможности детей с сопутствующей тяжелой патологией обуславливают частое возникновение у них эвентрации без признаков воспаления в ране (5). При таком генезе эвентрации выпавшие органы не имеют сращений с передней брюшной стенкой в зоне раны и между собой; подобную эвентрацию мы называем полной. Эвентрация без нагноения обычно является случайной находкой при очередной перевязке. Единственным предвестником, указывающим за 2—3 дня на вероятность осложнения, может быть появление сукровичного отделяемого из раны без признаков ее воспаления.

Нагноение раны иногда сопровождается расхождением всех слоев, но к стенке раны подпаиваются выпавшие органы и они же образуют ее дно. Такую эвентрацию мы именуем неполной. Она встретилась у одного из 8 детей с эвентрацией вследствие нагноения раны.

Хирургическая помощь при эвентрации должна быть экстренной. Отсутствие признаков вторичного заживления служит показанием к наложению послойных швов без иссечения краев раны и с применением разгрузочных нитей на апоневроз [5]. При этом методе повторных эвентраций не наблюдалось.

Техника наложения шва на нагноившуюся рану идентична, но перед ушиванием проводят экономное иссечение краев раны, обкалывание раствором гидрокортизона, в брюшную полость через отдельный прокол ставят ниппельный дренаж для введения антибиотиков.

В клинике проведено ушивание брюшной стенки без применения разгрузочных нитей у 8 больных. 3 из них погибли от повторных эвентраций.

У 2 новорожденных, оперированных по поводу перитонита, при реоперации обнаружены подпеченочный и межпетельный абсцессы. Позднее диагностирование данного осложнения привело к летальному исходу.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальным вариантом хирургического лечения расхождений кишечных швов является выведение на переднюю брюшную стенку петли кишки, несущей анастомоз.
2. При послеоперационной спаечной кишечной непроходимости особое внимание следует уделить комплексной консервативной терапии на фоне продленной перидуральной анестезии. Выбор метода хирургического лечения при отсутствии эффекта от консервативной терапии зависит от вида спаечной непроходимости. При выраженном спаечном процессе основным оперативным приемом следует считать наложение энтеростомы без ревизии брюшной полости.
3. В качестве наиболее надежного метода хирургического лечения эвентраций кишечника может быть рекомендовано наложение разгрузочных апоневротических швов на переднюю брюшную стенку.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. Л., Медицина, 1973.—2. Баиров Г. А., Парнес Д. И. Вестн. хир., 1970, 11.—3. Лишке А. А., Корепанов Г. Ф. В кн.: Материалы III Всесоюз. конф. детских хирургов. Алма-Ата, 1974.—4. Топузов В. С. Там же.—5. Ульрих Э. В. В кн.: Послеоперационные осложнения, маститы. Минск, 1974.

Поступила 19 сентября 1978 г.

УДК 616.37—002—02:616.381—002

О НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЯХ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА

А. Д. Толстой

1-я хирургическая клиника (руководитель — проф. В. И. Филин) Ленинградского научно-исследовательского института скорой помощи им. И. И. Джанелидзе

Реферат. Ферментативный перитонит развивается двухфазно; свойства выпота в каждую фазу различны. Основным лечебным мероприятием при ферментативном перитоните должно являться удаление токсичного выпота не только из брюшной полости, но и из забрюшинной клетчатки.

Ключевые слова: панкреатогенный ферментативный перитонит.
1 иллюстрация. Библиография: 5 названий.

Патогенез ферментативного перитонита до настоящего времени остается невыясненным, а по вопросам лечебной тактики имеются значительные разногласия. В настоящей публикации представлены некоторые черты патогенеза и особенности лечения ферментативного панкреатогенного перитонита.

Ферментативный перитонит (ФП) на почве острого панкреатита был диагностирован у 219 больных, что составило 22% от общего числа больных острым панкреатитом, поступивших в НИИ скорой помощи с 1963 по 1977 г. Все больные (мужчин — 74, женщин — 145) были оперированы в первые семь дней от начала заболевания. У 25,6% больных экссудат оказался серозным, у 21,9% — серозно-геморрагическим, у 37,9% — геморрагическим и у 14,6% — желчным. Перитонит может развиваться как при отечной форме острого панкреатита (по нашим данным — у 34 больных), так и при некротической (у 183). Панкреонекрозы почти у половины больных протекали с выраженным геморрагическим компонентом (кровоизлияния и геморрагическое пропитывание поджелудочной железы, мезоколон, малого и большого сальников, корня брыжейки тонкой кишки; кровоизлияние или свернувшаяся гематома в окружности железы и т. п.). Следовательно, некротические формы осложнялись ФП значительно чаще чем отечные. При сопоставлении формы панкреатита с характером экссудата выяснилось, что у 70% больных отеку поджелудочной железы сопутствует серозный экссудат, а у 25% — желчный. Геморрагический и серозно-геморрагический виды экссудата встречались в основном (96%) при панкреонекрозе.

Нами замечено, что в разных отделах брюшной полости могут находиться различные виды выпота (у 26 больных из 219). У 13 больных в сальниковой сумке и