

20 до 50 лет. Время, прошедшее с момента операции до возникновения симптомов спаечного процесса (приступы болей), у 52 больных не превышало 1 мес, у 80 составляло от 2 до 6 мес, у 186 — от 6 мес до 1 года, у 142 — от 1 года до 5 лет и у 47 — от 5 до 10 лет и более.

У 231 больного спаечная болезнь и непроходимость кишечника развились после перенесенной ранее аппендэктомии, у 113 — после операции по поводу гинекологических заболеваний, у 66 — после вмешательства по поводу кишечной непроходимости, у 62 — после операции в связи с травмой органов брюшной полости, у 25 — после операции при различных заболеваниях желудка, у 5 — после операции ущемленной грыжи, у 3 спаечная кишечная непроходимость возникла на почве врожденных спаек и у 2 — после нефрэктомии.

Лечение больных со спаечным процессом брюшной полости представляет трудную задачу, ибо очередная операция нередко приводит к еще большему развитию спаек. Поэтому хирург стремится купировать приступы спаечной непроходимости кишечника консервативными мероприятиями: паранефральной новокаиновой блокадой по А. В. Вишневскому, инъекциями раствора атропина, сифонными клизмами. Если консервативная терапия в течение ближайших 2 ч не дает эффекта или результаты ее сомнительны, показано срочное оперативное вмешательство.

Операцию у этих больных проводят по жизненным показаниям, когда клиническое и рентгенологическое обследование подтверждает механическую кишечную непроходимость. Из 507 больных оперировано 238 (47%). У 204 больных проведено разделение спаек, у 10 — резекции кишечника, у 16 — наложение обходного энтероэнтероанастомоза, у 6 — наложение кишечного свища и у 2 — операция Нобля.

Основной причиной тактических ошибок является сложность дифференциальной диагностики спаечно-динамической, механической и особенно обтурационной форм спаечной непроходимости кишечника. Так, из 92 больных со странгуляционной спаечной непроходимостью оперированы до 6 ч после приступа 44 пациента, до 24 ч — 40 и свыше суток — 8. Из них умерло 6 человек, послеоперационная летальность составила 6,5%. С обтурационной спаечной непроходимостью оперировано 102 больных, из них до 6 ч после приступа — только 16, до 24 ч — 48, свыше суток и более — 38. Из них умерло 10 человек, послеоперационная летальность составила 10%. По поводу спаечно-динамической непроходимости кишечника оперировано 44 из 313 поступивших в стационар больных. Таким образом, при странгуляционной спаечной непроходимости больных оперируют на значительно меньших сроках после начала приступа, чем при обтурационной спаечной непроходимости.

Механические формы спаечной непроходимости кишечника (странгуляционная и обтурационная) требуют срочного хирургического лечения. Приступы спаечно-динамической непроходимости ликвидируются, как правило, консервативными средствами. При повторяющихся приступах больные подлежат оперативному лечению в плановом порядке.

УДК 616.341—003.742.2—007.272—089.87—053.5

В. В. Юшкин (Новокуйбышевск). Повторная непроходимость тонкой кишки, вызванная трихобезоаром

Непроходимость кишечника, обусловленная трихобезоаром на фоне участвовавшей за последние десятилетия спаечной непроходимости, встречается редко. Еще реже наблюдается рецидив трихобезоара, вызвавший повторную непроходимость кишечника.

И., 13 лет, поступила в хирургическое отделение 17/V 1978 г. через 12 ч после начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, рвоту.

В декабре 1977 г. оперирована по поводу обтурационной непроходимости, вызванной трихобезоаром тощей кишки; был удален камень. После операции родители И. узнали от ее одноклассницы, что она заглатывала волосы (до этого мать лечила ее от выпадения волос).

При осмотре общее состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. в 1 мин. АД 14,6/8 кПа (110/60 мм рт. ст.). Язык сухой. Живот умеренно вздут. Перистальтика временами усилена. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости выявлены заполненные газом петли тонкой кишки с уровнями жидкости. С диагнозом спаечной непроходимости кишечника больная взята на операцию. Спаечный процесс не выражен. Обнаружено инородное тело, обтурировавшее тощую кишку. Стенка кишки в области обтурации отечная, инфильтрированная, с точечными кровоизлияниями. Проксимально расположенные петли кишки раздуты. Произведена резекция части тощей кишки с инородным телом. Наложен анастомоз конец в конец. В удаленном отрезке кишки обнаружен трихобезоар 10×5×4,5 см. Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная рентгеноскопия желудка и кишечника через 2 нед после операции не выявила патологии.

Больная консультирована психиатром. Заключение: психопатия с перверзиями. Взята на диспансерный учет. Осмотрена через 6 мес. Состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Следует отметить, что если первая операция закончилась еюнотомией с извлечением камня, то во время второй была выполнена резекция флегмонозно измененной части кишки, содержащей камень. Повторная непроходимость кишечника была вызвана, по-видимому, вновь образовавшимся трихобезоаром.

УДК 616.8—009.614:611.829—031.63: [612.172+612.13

В. М. Фионов (Казань). Биоэлектрическая активность миокарда и гемодинамические сдвиги при хирургических операциях под перидуральной анестезией

Мы провели электрокардиографическое исследование в 12 отведениях у 34 оперированных в условиях перидуральной анестезии больных (7 мужчин и 27 женщин) на различных этапах: за 1—15 сут до операции (исходная ЭКГ); на операционном столе после премедикации; после наступления анестезии в окончательных границах; в наиболее травматичный момент операции; по ее окончании; через сутки после операции.

Больные были в возрасте от 18 до 80 лет, старше 50 лет было 16 человек; 18 страдали злокачественными опухолями желудка, кишечника, гениталий и других органов, 16 были оперированы по поводу острого и хронического холецистита, камней мочеочечника и др.

Уровень введения анестетика — 0,3—1% раствора дикаина или 2% раствора тримекаина — варьировал от L_1 до T_7-8 , причем выше T_{10} произведено 4 анестезии.

Накануне вечером и утром в день операции больные получали снотворные и антигистаминные препараты. За 30—40 мин до анестезии подкожно вводили 20 мг промедола или омнопона. Кровопотеря во время операции возмещалась донорской кровью и плазмозаменителями в соответствии с темпом кровопотери. Исходное АД у наших больных было 18/11 кПа (137/84 мм рт. ст.), при максимальном снижении (после осуществления перидуральной анестезии) АД составляло 14/10 кПа ($104/72 \pm 3,7/2,9$ мм рт. ст., $P < 0,001$). У больных, оперированных под перидуральной анестезией без премедикации эфедрином, АД закономерно снижалось и оставалось на одном уровне в течение всей операции, имея тенденцию к повышению в конце ее, что может быть связано с начинающимся восстановлением деятельности блокированных симпатических сегментов. У 13 пациентов применены вазопрессоры в процессе операции, когда тенденция к гипотензии была выраженной. Во всех наблюдениях нам легко удавалось достичь желаемого уровня АД.

Подавляющее большинство наших больных оперировано при самостоятельном дыхании воздухом. Дыхание больных было адекватным, самочувствие оставалось хорошим. Лишь у 2 больных из-за высокого распространения анестетика и полного выключения дыхательной мускулатуры грудной клетки пришлось применить подачу кислорода через маску наркозного аппарата. Оставшееся диафрагмальное дыхание, ингаляции кислорода и вспомогательное дыхание вполне компенсировали потребности организма в кислороде; кожа была сухой и розовой, цианоза не наблюдалось, больные не ощущали кислородного голодания.

После премедикации отмечают заметные изменения ЭКГ по сравнению с исходной: снижение зубца R до $9,4 \pm 0,44$ мм, зубца T до $2,22 \pm 0,25$ мм; укорочение интервала PQ до $0,145 \pm 0,004$ с и учащение сердечных сокращений до $93 \pm 3,6$ в 1 мин; превышение систолического показателя над должным составило $4,9 \pm 0,6\%$.

С наступлением анестезии, в последующие этапы операции и по окончании ее эти показатели ЭКГ постепенно приближались к исходной величине. Частота сердечных сокращений уменьшилась соответственно до $87,5 \pm 3,5$; $85,0 \pm 3,4$; $85,0 \pm 2,6$ в 1 мин, превышение систолического показателя под его должным значением составляло $4,8 \pm 0,5$; $4,5 \pm 0,6$ и $3,8 \pm 0,5\%$. Высота зубца T оставалась сниженной: $2,32 \pm 0,19$; $2,22 \pm 0,48$ и $2,00 \pm 0,22$ мм. Интервал PQ возвращается к исходному уровню. При статистическом анализе эти отличия от исходной ЭКГ незначительны ($P > 0,1$).

Через сутки после операции зубец T снижается до $1,7 \pm 0,31$ мм, но систолический показатель имеет тенденцию к нормализации, даже в сравнении с исходным. В этот период он превышает должную величину лишь на $2,8 \pm 0,6\%$.

Итак, по данным ЭКГ и результатам изучения гемодинамики не отмечено отрицательного влияния перидуральной анестезии на сердечную деятельность больного во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

УДК 616.33—002.44—078.73—08

Д. Г. Юльметьева (Казань). О показаниях к применению димедрола и пипольфена для лечения больных, страдающих язвенной болезнью

Исследована динамика реакции пассивной гематоглиниции (РПГА) и реакции лейкоцитолитиза у лиц, страдающих язвенной болезнью в стадии рецидива и ремиссии. Параллельно проводилось изучение холинергической активности и белкового спектра крови.