

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

МАЙ
ИЮНЬ
1986
3
ТОМ
LXVII

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ
ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.381—089.85

О РАННЕЙ НЕОТЛОЖНОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ

И. А. Салихов, А. Ф. Попов, В. И. Можсанов, Т. П. Тихонова

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.—проф. И. А. Салихов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени
С. В. Курашова

Ранняя неотложная релапаротомия является одной из сложных и ответственных проблем в хирургии органов брюшной полости. Сложность ее обусловлена, во-первых, трудностью диагностики ранних послеоперационных осложнений; во-вторых, необходимостью преодоления хирургом психологического барьера, связанного с выполнением повторного вмешательства; в-третьих, характером и объемом релапаротомии. Несвоевременное же распознание внутрибрюшных осложнений в раннем послеоперационном периоде и промедление с релапаротомией нередко приводят к неблагоприятному исходу. Высокой остается летальность и после релапаротомии — 23,5—71,2% [2, 4].

Мы наблюдали за 70 больными с различными острыми заболеваниями органов брюшной полости, которым была проведена релапаротомия в раннем послеоперационном периоде (см. табл.). Мужчин было 43, женщин — 27; возраст больных — от 15 до 65 лет.

Самыми частыми причинами ранней релапаротомии являются острая кишечная непроходимость и гнойно-воспалительные процессы брюшной полости. Значительно реже встречаются послеоперационные внутрибрюшные кровотечения, панкреатит и другие осложнения. К острой кишечной непроходимости в послеоперационном периоде приводили спайки, конгломераты кишечных петель, инфильтраты, возникшие в основном на почве острого аппендицита (19), ущемление петли кишечника в ране брюшной стенки (1), сдавление кишечной петли марлевым тампоном (1), межкишечные абсцессы со сдавлением просвета кишки (5).

Диагностика механической кишечной не-
© 11. «Казанский медицинский журнал» № 3.

Исходы релапаротомий

Причины релапаротомии	Выздоравлило	Умерло
Острая механическая кишечная непроходимость	18	8
Острый перитонит	15	7
Внутрибрюшное кровотечение	9	4
Прочие	6	3
	48	22
		161

проходимости в раннем послеоперационном периоде представляла значительные трудности прежде всего потому, что ее приходилось проводить у большинства больных после тяжелого оперативного вмешательства, сопровождавшегося в первые несколько дней динамической кишечной непроходимостью. Механическая кишечная непроходимость на этом фоне развивалась без бурного начала, исподволь. В диагностике этого осложнения мы придавали важное значение изменившемуся характеру боли в животе. На фоне относительного благополучия в послеоперационном периоде с неизменной постоянной болью возникала схваткообразная боль, появлялась сильное урчание в кишечнике, усиливалась или вновь развивалась рвота. У некоторых оперированных наблюдались асимметрия живота, видимая перистальтика, выслушивались кишечные шумы. Общее состояние не улучшалось, нарастала сердечно-сосудистая недостаточность (тахиардия, понижение АД), ухудшались гематологические показатели, определялись чашки Клойбера. Для дифференциальной диагностики у всех больных прибегали к средствам, усиливающим моторику кишечника. Отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии окончательно убеждало в диагнозе механической кишечной непроходимости и необходимости в срочной повторной операции.

Оперативный доступ срединный. После устранения причины непроходимости (рассечение спаек, разобщение рыхлых конгломератов, опорожнение и дренирование абсцессов) большинству больных проводили декомпрессию желудочно-кишечного тракта в различных вариантах и сочетаниях; дренирование желудка зондом, введенным через носовой ход, разгрузочную пункцию кишки троакаром, опорожнение кишечника при его резекции, наложение кишечного свища и др. Из 26 больных, подвергшихся релапаротомии по поводу механической кишечной непроходимости, 18 выздоровело.

Ранняя диагностика послеоперационного перитонита в большинстве случаев представляла значительные трудности, которые были обусловлены прежде всего тяжелым общим состоянием больных в послеоперационном периоде, стертостью клинической картины, особенно если больной до первой операции и после нее получал антибиотики и наркотики. Большое значение в выявлении послеоперационного перитонита мы придавали динамическому наблюдению за больным и таким признакам, как затянувшееся тяжелое состояние больного, повторяющаяся рвота, икота и тахикардия, повышенная температура тела, сухость языка, стойкий метеоризм, не разрешающийся под воздействием комплексной терапии; нарастающий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Известно, что особенностью перитонитов, развивающихся вследствие несостоинности швов на полых органах, является бурное начало со внезапным усилением боли в животе, однако в ряде наших наблюдений этот симптом отсутствовал. У двух больных, перенесших резекцию тонкого кишечника в связи с ущемленными грыжами, мы не могли заподозрить несостоинность швов соустья в течение 5 дней, а у третьего больного этот диагноз был поставлен лишь на секционном столе. Торpidность развития воспалительного процесса и стертость клинической картины катастрофы в брюшной полости объясняется, по-видимому, не только тем, что больные сразу после операции получают большие дозы антибиотиков и наркотиков, но и тем, что процесс перфорации кишечника происходит у них постепенно, через стадию краевого некроза, когда возбудитель инфекции уже начинает поступать в брюшную полость и приводит к генерализации воспаления. На этом фоне стущиваются острота момента самой перфорации и внезапность усиления боли в животе.

Инфильтраты и абсцессы брюшной полости диагностировались на основании локальной болезненности, наличия ограниченного болезненного опухолевидного образования, повышенной температуры, высокого лейкоцитоза и других симптомов.

О методе лечения послеоперационных перитонитов до настоящего времени среди хирургов нет единого мнения. Мы, как и большинство хирургов, придерживаемся активной хирургической тактики [1, 3]. По поводу послеоперационного перитонита релапаротомия была предпринята нами у 22 больных. У большинства из них разрез был срединным, поскольку этот доступ способствует лучшей ориентации, более полной ревизии, выбору наиболее целесообразного характера и объема оперативного вмешательства, проведению щадящей санации и рационального дренирования брюшной полости. Развитие послеоперационного перитонита у 14 больных было связано с прогрессированием основного заболевания, у 8 — следствием оперативного вмешательства, несостоинности швов на полых органах (резекция желудка по поводу язвы, резекция кишечника в связи с ущемленной грыжей, аппендиэктомия). Дефекты на стенках полых органов ушивали. Тот отрезок кишки, на котором было

невозможно надежно ушить места несостоительности швов, подводили к ране брюшной стенки или контрапертуре и подшивали к париетальной брюшине. В некоторых случаях прибегали к ограничивающей тампонаде и дренированию в расчете на формирование трубчатого свища. После тщательного туалета и орошения брюшной полости антибиотиками независимо от характера и объема повторной операции накладывали контрапертуры в отлогих отделах живота и производили дренирование резиновыми выпускниками. Из 22 повторно оперированных выздоровели 15 человек. Некоторых из них пришлось оперировать трижды; последняя операция предпринималась для закрытия кишечного свища.

В профилактике спаечной кишечной непроходимости и послеоперационных перитонитов важное значение имеют тщательная санация брюшной полости, борьба с инфекцией, декомпрессия кишечника, орошение противоспаечной смесью, мероприятия, направленные на раннее восстановление перистальтики желудочно-кишечного тракта и нормализацию водно-электролитных нарушений.

Грозным послеоперационным осложнением является внутрибрюшное кровотечение, которое возникло у 13 больных. Ранняя диагностика этого осложнения представляет собой нелегкую задачу. Клиника внутрибрюшных кровотечений зависит от скорости и объема кровопотери, а также от тяжести предшествующей операции. В тех случаях, когда кровотечение было массивным, диагноз ставился в первые сутки на основании общизвестных признаков: боли в животе, слабости, бледности, холодного пота, учащения дыхания, слабого и частого пульса, низкого АД, падения уровня гемоглобина, мягкого живота с отчетливо выраженным симптомом Щеткина—Блюмберга, тупости во флангах живота. При необильном и медленно нарастающем кровотечении в брюшную полость диагностика значительно сложнее. В таких случаях мы ориентировались по таким дополнительным признакам, как динамическое изменение пульса, АД и содержание гемоглобина. Весьма существенным подспорьем в диагностике являлся повторный анализ крови. Нарастание анемии, усиление боли в животе и прогрессирование пареза кишечника с выраженным симптомом Щеткина—Блюмберга свидетельствовали о внутрибрюшном кровотечении. Для его раннего распознавания или несостоительности швов на желудочно-кишечном тракте, а также при сомнении в надежности гемостаза или ушивания культи либо сосуда мы вводили в брюшную полость тонкую резиновую трубку. Дренаж в первые дни после операции оставляли открытым. Благодаря таким дренажам у 5 больных кровотечение было выявлено в первые же часы после операции. Эта простая мера заменила более сложные диагностические приемы (лапароцентез, разведение краев послеоперационной раны) для подтверждения предполагаемого кровотечения в наглухо закрытую брюшную полость.

У 4 больных с послеоперационным кровотечением имелась выраженная желтуха вследствие резорбции крови из брюшной полости. При исключении других причин, объясняющих развитие желтухи, этот симптом должен насторожить врача в отношении возможности внутреннего кровотечения. И, наконец, в сомнительных случаях показана диагностическая лапароскопия или релапаротомия, поскольку напрасно сделанная операция лучше ожидания, связанного с риском для жизни больного.

Несостоительность лигатуры на брыжейке червеобразного отростка нами наблюдалась у 6 больных, на культе брыжейки тонкого кишечника после его резекции — у 2, из разобщенных спаек — у 2. У 3 больных после аппендиэктомии источник кровотечения во время повторного оперативного вмешательства не был выявлен. У 6 больных этой группы релапаротомия произведена через широкий срединный доступ, у 5 — путем разведения краев операционной раны. Несостоительность гемостаза ликвидировали наложением лигатур или обкалывающих швов. Излившуюся кровь полностью эвакуировали. Рану ушили до резиновых или марлевых дренажей. Из 13 больных 4 умерли.

С целью предупреждения послеоперационных кровотечений нельзя придерживаться одних и тех же технических приемов при выполнении аппендиэктомии. Вряд ли целесообразно непременное подтягивание культи брыжейки к кисетному шву для дополнительной перитонизации на месте пересечения. У одной больной причиной кровотечения была расслабленная шелковая лигатура на брыжейке отростка, по-видимому, после рассасывания новокаинового инфильтрата. Короткую массивную, широкую и отечную брыжейку правильнее перевязывать не одной лигатурой, а по частям. Все рассеченные спайки необходимо тщательно перевязывать. При неуверенности в надежности гемостаза перед зашиванием брюшной полости нужно выждать 5—7 мин. Проигрыши во времени оккупятся сторицей.

В группу «прочие» мы включили 9 больных, которым произвели релапаротомии по поводу различных послеоперационных осложнений и не распознанных во время

первой операции истинных причин болезни (острый панкреатит после резекции желудка, разрыв кисты яичника и др.).

В результате анализа нашего материала и изучения литературных данных мы пришли к заключению, что хирурги должны заботиться не столько об уменьшении количества повторных операций, сколько о раннем выявлении больных с «острым животом» и о предупреждении осложнений во время первичных вмешательств. Больные с осложненными формами острого аппендицита должны быть оперированы под общим обезболиванием. Переход на общее обезболивание при аппендэктомиях оправдан в тех случаях, когда в процессе операции обнаруживается распространение гнойного выпота за пределы правой подвздошной ямы и возникают затруднения в проведении тщательной санации под местной анестезией. При отчетливой клинической картине разлитого перитонита любого происхождения, в том числе и аппендектального, показан срединный лапаротомный доступ.

Лечение больных, перенесших релапаротомию, мы осуществляли в зависимости от характера осложнения и вида оперативного вмешательства, при этом в первую очередь проводили дезинтоксикационную и антибактериальную терапию, мероприятия, направленные на нормализацию водно-электролитных нарушений, а также применяли новокаиновые блокады, гормоны, витамины и пр.

ЛИТЕРАТУРА

- Гершман Б. М., Копылова Л. А. В кн.: Актуальные вопросы хирургии и осложнения в хирургической гастроэнтерологии. М., 1980.—2. Муромский Ю. А., Грачева К. П., Голубкова Г. М. Сов. мед., 1978.—3. Рудник В. И., Зайцев И. С., Николаев А. М. В кн.: XV научная конференция слушателей военно-медицинского факультета, посвященная 111-й годовщине со дня рождения В. И. Ленина. Куйбышев, 1981.—4. Феофилов Г. Л., Паскаль А. А., Шишкина Т. Н. и др. В кн.: Ошибки, опасности и осложнения при острых хирургических заболеваниях и травмах органов брюшной полости. Красноярск, 1976.

Поступила 21.05.85.

УДК 616.33—002.44—089.163:615.835.3

РОЛЬ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

А. А. Чернявский, П. С. Зубеев, О. В. Миловидова, Н. Г. Михайлова

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав.—проф. А. А. Чернявский) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Хотя консервативная терапия остается основной при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, однако 20—30% больных нуждаются в хирургическом лечении [3]. В последние годы в широкую хирургическую практику лечения пилородуodenальных язв внедряется новый оперативный метод — селективная проксимальная ваготомия. Ее выполнение связано с решением вопроса о тактике хирурга в отношении язвенной ниши: иссекать ее при этом или оставлять?

По мнению А. А. Горбашко и О. Х. Батчаева (1982), во время операции необходимо иссекать незажившую язву с одновременным удалением одной трети привратника. Попен, Дэлин (1981) подчеркивают, что такая тактика особенно важна при пилорических язвах, так как их рубцевание в последующем может привести к пилоростенозу. С. Е. Кулешов (1982) предлагает при всех неосложненных язвах выполнять селективную проксимальную ваготомию без иссечения язвы. Геденштадт (1975) считает, что даже при выраженной деформации двенадцатиперстной кишки и больших каллезных язвах с относительным стенозом пилорического отдела допустимо проведение этого нового оперативного метода без пилоропластики.

На наш взгляд, наиболее правильным нужно признать предложение М. И. Кузина и соавт. (1982): с целью определения окончательной тактики хирурга в отношении язвы следует добиваться ее заживления в предоперационном периоде с помощью интенсивной противоязвенной терапии, а именно гипербарической оксигенации. За счет нормализации окислительно-восстановительных процессов в ишемизированных тканях, улучшения микроциркуляции, уменьшения отека, ускорения ре-