

ментной токсемии наиболее обоснованными операциями при панкреонекрозе являются оментопанкреатопексия, абдоминализация и удаление некротизированной части поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маят В. С., Атанов Ю. П., Буромская Г. А. Хирургия, 1983, 10, 5.—
2. Меерсон Ф. З. Гиперфункция, гипертрофия, недостаточность сердца. М., Медицина; Берлин, Народ и здоровье, 1968.—
3. Нестеренко Ю. А., Атанов Ю. П., Хмельницкий Г. А. Хирургия, 1983, 7, 24.—
4. Савельев В. С., Кубышкин В. А. Клин. хир., 1984, 11, 43.—
5. Тоскин К. Д., Старосек В. Н. Там же.—
6. Филин В. И., Вашетко Р. В. Там же.—
7. Шалимов А. А., Подпратов С. Е. Там же.—
8. Hollender L. F., Marie A., Meyer et. al. Chirurg, 1980, 51, 371.—
9. Lium R., Maddock S. Surgery, 1948, 24, 4.

Поступила 16.04.85.

УДК 617.55—003.6—089.878

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТРУДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Н. Г. Гатауллин, А. Ф. Власов

Кафедра хирургических болезней № 1 (зав.—заслуж. деят. науки БАССР, проф. Н. Г. Гатауллин) Башкирского медицинского института

Инородные тела, случайно оставленные в тканях и полостях при оперативных вмешательствах, вызывают тяжелые осложнения. В литературе мы нашли единичные сообщения о судьбе больного после извлечения инородных тел из брюшной полости [1, 2].

Мы изучили истории болезни 125 больных с различными инородными телами в брюшной полости, оставленными при оперативных вмешательствах, по материалам Башкирской АССР с 1938 по 1981 г. У 88 человек инородные тела были извлечены при повторных операциях, у 11 — через рану или свищ на перевязках, у 21 — на аутопсии. У 5 больных марлевые инородные тела вследствие образования пролежня проникли из брюшной полости в просвет кишки и отошли при дефекации.

Вызывают тревогу ближайшие результаты лечения этих больных: из 125 человек 89 выздоровели, 36 умерли. У большинства из них причина смерти была непосредственно связана с осложнениями, вызванными инородными телами.

После извлечения инородных тел из брюшной полости под нашим наблюдением находились 72 больных. У 6 из них обследование было проведено в сроки от 1 до 2 лет после удаления, у 20 — от 3 до 5 лет, у 46 — от 6 до 19 лет. Часть больных (22 чел.) к моменту обследования жалоб на органы брюшной полости не предъявляла (1-я группа). Обследованные лица считали себя практически здоровыми, в лечении и трудоустройстве не нуждались. Отдаленные результаты у них были оценены как хорошие.

У 36 больных отдаленные результаты лечения признаны нами лишь удовлетворительными (2-я группа). Инородные тела у 28 из них были оставлены при экстренных, у 8 — при плановых оперативных вмешательствах.

Анализ протоколов операций у больных 2-й группы показал, что у 8 из них инородные тела были оставлены на фоне воспалительного процесса в брюшной полости. У 7 больных инфекция локализовалась в пределах пораженного органа (желчный пузырь, червеобразный отросток, маточная труба, поджелудочная железа), у 4 был выявлен ограниченный спаечный процесс. У остальных 17 человек воспалительных заболеваний или спаек в брюшной полости в момент первой операции не было. Однако в отдаленные сроки у них были обнаружены новые заболевания, в том числе у 5 из 8 оперированных в плановом порядке. Непосредственной причиной этих заболеваний нужно считать осложнения, вызванные оставленными инородными телами.

Больные данной группы жаловались на периодические боли в животе, тошноту или рвоту, вздутие живота, задержку газов. При обследовании у 10 были диагности-

рованы вентральные грыжи, у 11 — спаечная болезнь с болевым синдромом или явлениями желудочно-кишечного дискомфорта, у 10 — спаечная болезнь брюшины с явлениями кишечной непроходимости, у 4 — сочетание спаечной болезни брюшины и вентральной грыжи. У одной больной марлевая салфетка, расположенная в области таза, вызвала развитие острого илеофemorального тромбоза, а в последующем постфлебитического синдрома нижней конечности. Трудоспособность была сохранена полностью лишь у 6 пациентов, у 30 она была ограничена.

В ходе диспансерного наблюдения или по экстренным показаниям у 4 больных устранена спаечная кишечная непроходимость, двум произведено грыжесечение с пластикой брюшной стенки. Показания к оперативному лечению установлены еще 20 больным. Трудоустроены 11 человек, на инвалидность III—II группы переведены трое.

У больных 3-й группы (14 чел.) отдаленные результаты лечения признаны неудовлетворительными. Инородные тела у них были оставлены при аппендэктомии по поводу флегмонозного или катарального аппендикита (7), при кесаревом сечении (2), тубэктомии (1), удалении кисты яичника (1), резекции кишки по поводу болезни Крона (1). Явный воспалительный процесс в брюшной полости был лишь у 2 больных с перфоративной язвой желудка и травматическим разрывом уретры.

При клиническом исследовании выявлены послеоперационные вентральные грыжи (2), спаечная болезнь брюшины с выраженным болевым синдромом (2), спаечная болезнь брюшины с явлениями кишечной непроходимости (6), сочетание спаечной болезни брюшины и вентральной грыжи (3). У одного больного после удаления марлевой салфетки образовались камни в почках, развились стриктура уретры и хронический пиелонефрит, и он умер через 10 лет от хронической почечной недостаточности. Трудоспособность у всех обследованных была резко ограничена, в связи с чем трое были переведены на инвалидность I—II группы, а пятеро трудоустроены.

Для реабилитации 10 больных этой группы произведено 11 повторных оперативных вмешательств. Однако у одной пациентки возник рецидив вентральной грыжи, у второго развилась спаечная болезнь брюшины. Поэтому к моменту обследования в оперативном лечении нуждались 8 из 14 больных.

Примером неудовлетворительного отдаленного последствия, когда для реабилитации требовались неоднократные оперативные вмешательства, может служить следующее наблюдение.

Г., 42 лет, 25.12.72 г. перенесла кесарево сечение по поводу угрожающего разрыва матки. Послеоперационное течение тяжелое. Развились явления кишечной непроходимости, нагноение раны с эвентрацией тонкой кишки и салыника. На 11-е сутки выполнена релапаротомия, устранена непроходимость кишечника, произведена резекция салыника. Из полости межпечерного абсцесса левого подреберья удалена большая марлевая салфетка; брюшная полость дренирована.

В последующем 28.02.73 г. и 16.12.76 г. была оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости. При обследовании через 4 года у больной была выявлена спаечная болезнь брюшины с явлениями кишечной непроходимости. В связи с этим переведена на инвалидность II группы, нуждается в оперативном лечении в плановом порядке.

Самостоятельное отхождение инородного тела также не приводило к полному выздоровлению. Так, из 5 больных, у которых отмечалось отхождение марлевых салфеток при акте дефекации, только у 2 были хорошие результаты. Трое страдают вентральной грыжей и спаечной непроходимостью кишечника, нуждаются в оперативном лечении и диспансерном наблюдении.

Особый интерес представляет следующее наблюдение.

З., 38 лет, 01.06.65 г. перенесла аппендэктомию по поводу острого катарального аппендикита подпечерной локализации. В послеоперационном периоде развился инфильтрат брюшной полости с явлениями частичной кишечной непроходимости, нагноение раны. Выписана на 26-е сутки с уменьшившимся в размерах инфильтратом.

В последующем возобновились явления кишечной непроходимости, ознобы, что привело к потере трудоспособности. Через 1 г 10 мес с подозрением на наличие инородного тела больная была направлена на операцию. Накануне операции появились резкие боли в животе, частый стул, при котором выделялась марлевая салфетка размерами 30×20 см. Повторно больная поступила 10.05.67 г. с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту, задержку стула и газов. В тот же день со стулом отошла вторая марлевая салфетка.

Ввиду повторяющихся явлений частичной кишечной непроходимости 19.05.75 г. в плановом порядке была выполнена операция — рассечение спаек, устранение непроходимости кишечника, ушивание межпечерного свища подвздошной кишки. Больная находится под диспансерным наблюдением в республиканском центре по реабилитации больных со спаечной болезнью брюшины.

Неутешительные последствия нами констатированы и после извлечения ино-

родных тел через рану или свищ (у 8). Хорошие результаты имели место только у 2 больных. У остальных выявлены вентральные грыжи (4), спаечная болезнь брюшины и долихоколон (1), постфлебитический синдром нижней конечности (1). Одной пациентке выполнена пластика брюшной стенки, но возник рецидив вентральной грыжи. Всем больным установлены показания к оперативному лечению.

При активной хирургической тактике, то есть после оперативного удаления инородных тел (у 59), у большинства больных отдаленные последствия оказались хорошими (18) и удовлетворительными (30).

Мы проанализировали отдаленные результаты лечения в зависимости от срочности удаления инородных тел. Так, после экстренных релапаротомий, предпринятых для извлечения инородных тел в первые дни после оставления, хорошие последствия отмечены у 8, удовлетворительные — у 9 из 19 больных. Срочные лапаротомии для удаления оставленных предметов были выполнены у 28 человек по поводу различных осложнений. После них удовлетворительные отдаленные результаты имели место у 14 больных, неудовлетворительные — у 9, хорошие — у 5. Наиболее благоприятные отдаленные исходы нами зафиксированы после удаления отграниченных, мало нарушающих проходимость кишечника инородных тел при плановых повторных операциях. Они производились после обследования и соответствующей предоперационной подготовки. Отдаленные результаты были хорошими у 5, удовлетворительными — у 7 из 12 больных; неудовлетворительных последствий не было.

Следовательно, выжидательная тактика при инородных телах в брюшной полости в расчете на их самостоятельное отхождение не оправдана. Только ранняя диагностика инородных тел и своевременное их удаление способствуют выздоровлению больных без тяжелых последствий. Все больные после удаления или самостоятельного отхождения инородных тел из брюшной полости должны находиться под диспансерным наблюдением у хирурга. Клиническая и трудовая реабилитация у большинства из них может быть достигнута лишь при оперативных методах лечения, производимых в ходе диспансерного наблюдения в плановом порядке. При этом необходимо проведение мероприятий по профилактике спаечной болезни брюшины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курбатова Ю. А. Новый хир. арх., 1930, 2, 272.— 2. Муратова Х. Н. В кн.: Материалы научной конференции (Ташкентская городская клин. больница № 15), Ташкент, 1971.

Поступила 24.12.84.

УДК 616.5—001.41—078.74:612.112.31

ФИБРОНЕКТИН В РАНЕВОМ ОТДЕЛЯЕМОМ КАК КРИТЕРИЙ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА

О. С. Кочнев, С. Г. Измайлов, Р. И. Литвинов, Г. А. Ермолин,
Е. Е. Ефремов, Д. М. Зубаиров

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, кафедра биохимии (зав.—проф. Д. М. Зубаиров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, лаборатория иммунохимии (зав.—Г. А. Ермолин) Научно-исследовательского института экспериментальной кардиологии ВКНЦ АМН СССР, Москва

В хирургической практике для оценки течения раневого процесса применяют большое число методов [3], однако поиск более информативных тестов выявления характера течения раневого процесса и репаративной регенерации продолжает оставаться актуальным. Одним из направлений этого поиска является количественное определение в раневом отделяемом специфических компонентов, участвующих в репаративной регенерации тканей. К числу таких методов относится обнаружение в раневом отделяемом белка [2], коллагена и его производных [12], гликозаминогликанов [13] и пр.

В последние годы внимание исследователей, занимающихся вопросами заживле-