

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением.

Больная обследована через 3,5 года после операции: чувствует себя хорошо, жалоб нет; границы сердца — в пределах нормы, шумы не выслушиваются. Масса тела и рост соответствуют возрастным показателям.

Таким образом, диагностика внутрисердечных эхинококковых кист традиционными способами весьма сложна. Ценным методом является эхокардиоскопия в сочетании со специфическими методами лабораторной диагностики. Проведение оперативного вмешательства с применением искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоплегии по-

зволяет выполнять радикальное лечение с хорошими отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Денишин П. Г. Хирургия эхинококкоза.—М., 1985.
2. Ameli M., Mobarhan H. A., Nourarii S. S.//Thorac. Cardiovasc. Surg.—1989.—Vol. 98.—P. 892—901.
3. Debello R., Urioste A. N., Rubio R.//Am. J. Cardiol.—1964.—Vol. 14.—P. 237—243.
4. Faraoki Z. O., Adelman S., Green E. W.//Am. J. Cardiol.—1977.—Vol. 70.—P. 119—123.

Поступила 19.02.93.

УДК 616.346.2—089.87—089.5—031.81

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ АППЕНДЕКТОМИИ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ И НАРКОЗОМ

А. Н. Серяк

Мелеузовская центральная районная больница (главврач—Ф. М. Камалов), Башкортостан

Осложнения, возникающие после хирургических вмешательств, по-прежнему остаются весьма актуальной проблемой. Так, после аппендэктомии их частота составляет от 7,2 до 37,3%. У 6—10% больных, перенесших аппендэктомию, в послеоперационном периоде наблюдаются нагноения раны и другие раневые осложнения. Особенно высока частота (30—40%) инфекционных осложнений раны при операциях, производимых по поводу деструктивных форм аппендицита.

Одним из факторов, способствующих снижению процента послеоперационных осложнений при остром аппендиците, является применение общего обезболивания. Если в 50-х годах в СССР 86,4% аппендэктомий производилось под местной анестезией, то сегодня предпочтение отдается масочному, эндотрахеальному или внутривенному наркозу, комбинированной анестезии. Обладая несомненными достоинствами, местная анестезия имеет и ряд существенных недостатков: она технически усложняет операцию, не снимает рефлекторного напряжения мышц брюшной стенки, затрудняет ревизию брюшной полости, удлиняет время вмешательства, что отрицательно сказывается на послеоперационном периоде.

Целью нашей работы являлась

сравнительная характеристика осложнений после аппендэктомии под местной анестезией и наркозом. Нами изучено 914 историй болезни больных аппендицитом за 1982, 1987, 1989 годы. За этот период частота аппендэктомий составила в среднем 20% от числа всех хирургических вмешательств. В связи с открытием в ЦРБ в 1987 г. отделения анестезиологии и реанимации анестезиологическая помощь при аппендэктомиях существенно улучшилась. Так, если в 1982 г. под наркозом было прооперировано только 28,5% больных аппендицитом, то в 1987 г.—65,3%, а в 1989 г.—56,2%, то есть в 2 раза больше. Соответственно в стационаре количество осложнений после аппендэктомии уменьшилось в 2 раза и составило в 1982 г. 17,5%, в 1987 г.—8,7%, в 1989 г.—7,1%. Количество нагноений послеоперационного шва уменьшилось в 3 раза (ответственно по годам 17%, 5,1%, 6,1%). Летальность в 1982 г. равнялась 0,4%, в 1989 г.—0,3%; в 1987 г. летальных случаев не было. Оперативное вмешательство под местной анестезией продолжалось 60 минут, под наркозом—50. Осложнений после анестезии не наблюдалось.

За указанные три года произведено 914 аппендэктомий, из них 460—под местной анестезией и 354—под нар-

козом. Осложненные аппендициты составили 9,6%, из них под наркозом прооперировано 75% больных. Осложнения после аппендэктомий, выполненных под местной анестезией, возникли в 45 (9,8%) случаях, под наркозом — в 57 (16,1%), что объясняется большей частотой осложненных аппендицитов. В то же время процент осложнений в группе больных осложненным аппендицитом, прооперированных под местной анестезией, достиг 78,3% (18 случаев из 23), а под наркозом — 50% (34 случая из 68). В группе больных неосложненным аппендицитом, прооперированных под местной анестезией, осложнения развились в 9,6% наблюдений (42 случая из 437), соответственно под наркозом — в 2,8% (8 случаев из 286), или в 3,5 раза меньше.

Техническая ошибка — повреждение подвздошной кишки, вызвавшее смерть больной в 1989 г., была допущена во время операции по поводу острого простого аппендицита под местной анестезией. Больная страдала ожирением III степени, что создало технические трудности во время операции. Одна из причин повреждения — неправильный выбор метода обезболивания. В 1987 г. наблюдалось осложнение, характерное для аппендэктомий под местной анестезией, — кровотечение при соскальзывании лигатуры с культи инфильтрированной новокаином брыжейки удаленного червеобразного отростка. Повторных операций было 5—4 релапаротомии и одно вскрытие абсцесса пузырно-прямокишечного пространства через переднюю стенку прямой кишки. Лишь в одном случае первичная операция была произведена под наркозом, в остальных случаях — под местной анестезией. Парез кишечника после аппендэктомии сохранялся у большинства больных в течение 2 суток, однако у некоторых перистальтика выслушивалась уже в первые сутки после операции. У 36 больных из 309, прооперированных в 1989 г., наблюдался длительный парез кишечника. Как видно из табл. 1, две трети из них прооперированы под местной анестезией. Это связано с тем, что операция, выполняемая под местной анестезией, более травматична и оказывает большее угнетающее воздействие на моторную функцию желудочно-кишечного тракта.

Таблица 1

Сравнительная характеристика осложнений после аппендэктомий под местной анестезией и наркозом

Осложнения	Местная анестезия	Наркоз
Перитонит	4	5
Кишечная непроходимость	1	—
Абсцесс брюшной полости	1	—
Инфильтрат брюшной полости	2	1
Кровотечение	1	—
Раневые осложнения	18	20
Процент осложнений неосложненном аппендиците	9,6	2,8
осложненном аппендиците	77,5	50,5

Во время операций, протекающих с техническими трудностями при спаечном процессе, аномальном расположении червеобразного отростка, нередко возникают такие осложнения, как ампутация червеобразного отростка, десерозирование слепой кишки, кровотечение, что увеличивает риск развития послеоперационных осложнений. Анализируя осложнения после аппендэктомий, выполненных с техническими трудностями, мы получили следующие данные (табл. 2, 3).

Таблица 2

Сроки восстановления моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта

Аппендицит	Местная анестезия		Наркоз	
	24—48 ч	более 48 ч	24—48 ч	более 48 ч
Простой	3	—	—	—
Деструктивный	18	3	11	1
Итого	21	3	11	1

Таблица 3

Процент осложнений после аппендэктомий, выполненных с техническими трудностями при разных видах обезболивания

Виды обезболивания	Количество операций	Процент осложнений
Местная анестезия	12	50
Местная анестезия в комбинации с наркозом	31	90
Наркоз	20	25

Таким образом, наибольшее количество осложнений приходится на операции, начатые под местной анестезией и продолженные под наркозом. Следовательно, неправильно выбранный до операции метод анестезии усугубляет операционную травму, способствуя развитию осложнений.

Мы считаем, что абсолютными показаниями для общего обезболивания при аппендэктомии являются детский возраст, психическое заболевание, непереносимость новокаина и перитонит. Относительными показаниями для наркоза служат давность заболевания свыше 24 часов, атипичное расположение червеобразного отростка, ожирение II и более степени, а также сомнения в диагнозе.

Преимуществами общего обезболивания перед местной анестезией являются значительно лучший доступ к органам во время аппендэктомии для ревизии и санации брюшной полости, снижение риска допущения технических ошибок, сокращение времени операции. В послеоперационном периоде у больных, прооперированных под

местной анестезией, чаще наступает парез кишечника; его нормальная работа восстанавливается позже по сравнению с теми больными, у которых аппендэктомия была произведена под наркозом. Кроме того, новокаин, являясь химическим раздражителем тканей, способствует развитию инфекции в подкожной клетчатке в области операционной раны.

Итак, широкое применение общего обезболивания при аппендэктомиях существенно улучшило результаты послеоперационного периода: количество послеоперационных осложнений снизилось в 2 раза, в том числе нагноений операционной раны — в 3 раза, уменьшилась летальность. Результаты операционных вмешательств в группе больных, прооперированных под наркозом, значительно лучше как при осложненных, так и при неосложненных формах аппендицита. Местная анестезия при аппендэктомии является фактором риска послеоперационных осложнений.

Поступила 13.08.91.

УДК 617.55—001.39—07

ЭКСПРЕСС-МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ГЛУБИНЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

А. Х. Давлетшин, А. Д. Ашмарин, С. В. Доброквашин, Н. К. Хабибуллина

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. А. Х. Давлетшин), кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии (зав.—проф. Р. А. Зулкарнеев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Сложность выявления глубины повреждения (передняя брюшная стенка, брюшная полость, забрюшинное пространство) при закрытых травмах живота обусловлена недостаточной разработкой методов их топической диагностики с учетом глубины травмы. Причиной «острого живота» при травме передней брюшной стенки служит раздражение сейсморных рецепторов в зоне повреждения [2]. Очень трудно определить закрытую травму живота, сопровождающуюся повреждением органов брюшной полости и забрюшинного пространства [10], особенно забрюшинными кровоизлияниями. Летальность при них достигает 65,7—67,0% и не имеет тенденции к снижению [8].

Причинами такого положения явля-

ются традиционный подход к диагностике травм живота, имеющих разные уровни повреждения, а также недостаточное внимание к сложным топографоанатомическим взаимоотношениям в строении забрюшинного пространства и его органоклетчаточных образований. Сказывается и слабая разработка неинвазивных инструментальных методов диагностики закрытой травмы живота. Существующие сложности рождают у хирурга неуверенность в правильности выбора метода лечения, ведут к неоправданым лапаротомиям, увеличивая и без того высокую летальность. Дифференцировать повреждения внутренних органов и забрюшинных кровоизлияний у больных с закрытой травмой живота только на основании клинической карти-