

В контрольной группе было 42 человека преимущественно с острым отеком панкреатитом (22), холецистопанкреатитом (17) и острым очаговым панкреонекрозом (3). Вместо гипотермического лаважа сальниковой сумки больные получали антиферментные (80 000 ед. контрикала в сутки) и цитостатические (5-фторурацил в дозе 5 мг на 1 кг массы тела больного) препараты в комплексном консервативном лечении. Сроки лечения больных в основной группе сократились в 1,6—2,5 раза по сравнению с больными контрольной группы (табл. 2).

Полученные результаты позволяют рекомендовать более широкое использование лапароскопического гипотермического лаважа сальниковой сумки в комплексном лечении острого панкреатита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Р. Х., Величенко И. А., Корженевский Т. В., Кузьмичев А. А. Хирургия, 1980, 7.—2. Кочнев О. С., Евдокимов Н. П. Казанский мед. ж., 1982, 5.—3. Маят В. С., Лаптев В. В. Клин. мед., 1982, 9.—4. Нестеренко Ю. А., Буромская Г. А. и др. Хирургия, 1981, 10.

Поступила 24 февраля 1983 г.

УДК 616.381—089.85—06:616—089.168

## ПОКАЗАНИЯ К РЕЛАПАРОТОМИИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

*В. Г. Сахаутдинов, В. М. Тимербулатов, А. Н. Резбаев,  
И. А. Башинский, А. Г. Хасанов*

*Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Г. Сахаутдинов) Башкирского государственного медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

Релапаротомия представляет один из сложных разделов абдоминальной хирургии. Актуальность проблемы обусловлена трудностями определения оптимальных сроков и обоснованных показаний к повторной операции и высокой послеоперационной летальностью — от 29 до 80% [1—3].

В настоящем сообщении проанализированы 267 релапаротомий, выполненных в клинике за 11 лет (1972—1982 гг.). Повторным оперативным вмешательствам подвергнуто 242 пациента (мужчин было 140, женщин — 102). 205 больным произведено по одной релапаротомии, остальным — по 2 и более.

Таблица 1

Частота релапаротомий в зависимости от вида заболеваний органов брюшной полости

Вид заболеваний	Всего оперировано больных	Оперировано больных повторно		Число релапаротомий
		абс.	%	
Острый аппендицит . . . . .	8234	92	1,1	102
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки . . . . .	557	37	6,6	40
Желчнокаменная болезнь . . . . .	876	34	3,9	36
Травмы органов брюшной полости	278	21	7,5	24
Острая кишечная непроходимость . . . . .	247	20	8,1	25
Ущемленная грыжа . . . . .	198	10	5,0	11
Острый панкреатит . . . . .	72	6	8,3	6
Тромбоз мезентериальных сосудов . . . . .	34	6	17,6	6
Прочие . . . . .	764	16	2,1	17
Всего . . . . .	11260	242	2,1	267

Частота релапаротомий представлена в табл. 1. Повторные оперативные вмешательства проводили чаще при тромбозе мезентериальных сосудов, кишечной непроходимости, остром панкреатите и травмах органов брюшной полости. Следует подчер-

кнуть, что они выполнялись не только на фоне тяжелых, характерных для каждого заболевания нарушений гомеостаза, после перенесенной первой операции, но также нередко у лиц пожилого и старческого возраста. Так, 76 (31,4%) больных были старше 60 лет, 90 (37,2%) — в возрасте от 40 до 60 лет и остальные 76 (31,4%) — до 40 лет. У лиц пожилого возраста были выявлены по 2 — 3 тяжелых сопутствующих заболевания сердечно-сосудистой системы, которые в значительной степени усугубляли тяжесть состояния прооперированных, создавали дополнительные трудности в диагностике послеоперационных осложнений. Все эти факторы во многом способствовали высокой послеоперационной летальности.

Выбор обоснованных показаний к релапаротомии является всегда исключительно сложной задачей, и решиться на повторное оперативное вмешательство нелегко, особенно в первые сутки после операции. Так, через 1 — 5 сут с момента перенесенной первой операции выполнено 127 (47,6%), через 6 — 10 сут — 102 (38,2%) и свыше 10 сут — 38 (14,2%) релапаротомий. Таким образом, больше половины оперативных вмешательств произведено в относительно поздние сроки. Надежды на разрешение послеоперационных осложнений, нередко похожих по клинической картине на другие патологические состояния (парезы кишечника и др.), часто не оправдываются, и релапаротомия предпринимается поздно. В связи с этим исключительно важной представляется разработка объективных тестов, позволяющих оценить динамику патологического процесса в брюшной полости и выявить ранние симптомы послеоперационных осложнений.

О течении воспалительного процесса и наличии кровотечения можно судить по дренажам, установленным в брюшной полости. Применение лапароскопии в послеоперационном периоде является информативным методом визуальной диагностики осложнений, хотя при ограниченных абсцессах и инфильтратах брюшной полости эндоскопически довольно трудно поставить точный топический диагноз. В таких случаях дополнительную информацию можно получить с помощью электротермометрии и жидкокристаллической термографии передней брюшной стенки, которые позволяют оценить распространенность воспалительного процесса в брюшной полости, особенно при проведении их в динамике. Нарастание термоасимметрии и распространение «горячих» зон при соответствующем составе смеси жидких кристаллов свидетельствуют о прогрессировании перитонита. Определенное диагностическое значение имеет изучение механической и электрической активности кишечника. Прогрессирующее снижение этих параметров или отсутствие положительной динамики при корреляции с клиническими данными также отмечается при «катастрофе» в брюшной полости.

Применение комплекса дополнительных методов обследования больных в послеоперационном периоде позволило объективизировать показания к релапаротомии и снизить послеоперационную летальность. Так, за 1972 — 1976 гг. релапаротомия была произведена у 141 больного, умерло 60 (42,5%); за 1977 — 1982 гг. повторно прооперирован 101 больной, умерло 22 (21,8%).

Все показания к релапаротомии условно можно разделить на 3 группы: 1) прогрессирование основного заболевания, по поводу которого была предпринята первая операция; 2) осложнения заболевания; 3) тактические и технические ошибки во время первой операции (неполный объем диагностических мероприятий, неправильно выбранный доступ и объем оперативного вмешательства и др.).

К 1-й группе показаний относятся наиболее тяжелые состояния, при которых, несмотря на кажущуюся адекватность проведенного оперативного вмешательства, положительной динамики не отмечается (тромбоз мезентериальных сосудов, острый панкреатит и панкреонекроз, распространенный перитонит и др.). 2-ю группу составляют осложнения заболеваний, возникающие в послеоперационном периоде в относительно поздние сроки — позже 6 — 7 сут (абсцессы, свищи и др.). Следует подчеркнуть, что наиболее неблагоприятными в прогностическом плане оказались показания 1-й группы, и релапаротомии у этих больных нередко были неэффективными.

Таблица 2  
Показания к релапаротомии

Вид осложнений	Число прооперированных		Число умерших
	абс.	%	
Перитонит . . . . .	127	47,6	31
Кишечная непроходимость . . . . .	46	17,2	18
Кровотечение . . . . .	32	11,9	7
Перитонит, эвентрация . . . . .	29	10,9	10
Панкреонекроз . . . . .	7	2,6	3
Тромбоз мезентериальных сосудов . . . . .	13	4,9	10
Тактические и технические ошибки . . . . .	9	3,4	2
Механическая желтуха . . . . .	4	1,5	1
Всего . . . . .	267	100,0	82

Показаниями к релапаротомии явились следующие послеоперационные осложнения (табл. 2).

Таким образом, наиболее часто релапаротомии выполнялись по поводу перитонита (58,4%), в том числе в сочетании с эвентрацией (10,8%). У 115 больных релапаротомии производились ввиду послеоперационного перитонита после различных оперативных вмешательств на органах брюшной полости, у остальных — при прогрессирующем или некупирующемся перитоните.

Во время релапаротомии, кроме тщательной санации брюшной полости, декомпрессии желудочно-кишечного тракта, стремились к устранению источника перитонита (при остром аппендиците — экстрAPERITONИЗАЦИЯ слепой кишки, при травме кишечника — проксимальные свищи и др.) с проведением широкого дренирования брюшной полости и перитонеального лаважа. 23 больным ввиду тяжелого пареза кишечника была наложена илеостома, которая в большинстве случаев оказалась неэффективной. Летальность у таких больных составила 26,3%. Высокая летальность отмечена также после релапаротомий по поводу кишечной непроходимости (39,1%), прогрессирующего тромбоза мезентериальных сосудов, панкреонекроза. В целом летальность после релапаротомий достигла в среднем 33,8%. Исключительно высокой она была при повторных релапаротомиях. Так, если из 205 больных, подвергнутых однократной релапаротомии, умерло 58 (28,3%), то после повторных релапаротомий из 36 умерло 24 (66,7%).

На результаты релапаротомий большое влияние оказали сроки их выполнения. Из 123 прооперированных в первые 5 сут умерло 25 (20,3%), а после релапаротомий позже 6 сут из 119 больных умерло 57 (47,9%).

### ВЫВОДЫ

1. После первично выполненных оперативных вмешательств релапаротомии потребовались у 2,1% больных.
2. Наиболее частыми показаниями к релапаротомии являются перитонит, непроходимость кишечника, кровотечение.
3. Летальность после релапаротомий зависит от вида осложнения и сроков их выполнения. Наиболее высокой она бывает при кишечной непроходимости, тромбозе мезентериальных сосудов, панкреонекрозе и повторных релапаротомиях.
4. Выбор обоснованных и своевременных показаний к релапаротомии возможен при всестороннем обследовании и применении дополнительных методов обследования в послеоперационном периоде.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Какулия А. Т. Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде. Автореф. канд. дисс., М., 1970.
2. Реут А. А., Васильева Г. М. Хирургия, 1978.
3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. акад. АМН СССР проф. В. С. Савельева. М., 1976.

Поступила 10 мая 1983 г.

УДК 616.72—002.77+618.2

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Р. А. Давлетшин

*Кафедра терапии № 1 (зав. — проф. Б. Х. Ахметова) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

Ревматоидный артрит наблюдается преимущественно у женщин молодого возраста. Для клинициста является важным установление активности процесса и проведение противоревматоидной терапии, что крайне усложняется в период беременности.

Известно, что иммунологические показатели активности ревматоидного процесса у женщин молодого и среднего возраста существенно выражены и четко коррелируют с клиническими вариантами течения этого заболевания [1]. С наступлением беремен-