

цессами, которые часто зависели от выраженности и локализации процессов. При вовлеченности в процесс нескольких топографоанатомических пространств показатели систолического, диастолического и венозного давления в системе сосудов лица возрастали прямо пропорционально их числу, что совпадало с утяжелением заболевания.

При гиперергическом характере процесса выраженность регионарной гипертензии была большей. И, наоборот, в случаях затяжного, вялого течения и неполного опорожнения гнойного очага наблюдалась запоздавшая реакция сосудов с длительным сохранением регионарной гипертензии.

Выявленная регионарная гипертензия у больных острым одонтогенным воспалением является важным патогенетическим критерием для раннего диагностирования сходных по клиническому проявлению видов одонтогенного гнойного воспаления, что особенно важно в детском возрасте. Полу-

ченные в ходе клинико-функционального изучения реакции сосудистого русла лица имеют важное практическое значение при оценке тяжести гнойного заболевания, эффективности проводимого лечения и прогнозирования исходов.

Поступила 17.01.94.

#### CLINICAL IMPORTANCE OF ANGIOTENSOMETRIC CHARACTERISTICS OF FACE VESSELS IN ODONTOGENOUS INFLAMMATION IN CHILDREN

E. V. Kreshetov

##### Summary

The angiotensometric characteristics of systolic, diastolic, pulse and venous pressure in face vessels in 94 children and teenagers aged 3 to 16 years with acute purulent periodontitis, osteomyelitis, phlegmons and abscesses of maxillofacial region are studied in dynamics and then correlated with similar data obtained in 17 healthy children aged 7 to 14 years. The differentially diagnostic value of pressure indices in facial, superior labial, inferior labial arteries and veins is revealed.

УДК 616.34—007.272—089.168.1—06—07—089.8

### ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА

Д. М. Красильников

*Кафедра хирургии и онкологии (зав.—доктор мед. наук Д. М. Красильников)  
Казанского медицинского института,  
Республиканская клиническая больница (главврач—С. В. Абуладзе) МЗ РТ*

Диагностика и лечение больных с ранней послеоперационной спаечной непроходимостью кишечника (РПСНК) является одной из самых сложных проблем в абдоминальной хирургии. Диагностика осложнения крайне сложна, а принятие решения о повторном чревосечении затруднено ввиду наличия послеоперационных симптомов. В связи с этим возникает необходимость поиска и внедрения новых методов ранней диагностики и лечения больных с РПСНК.

На основании анализа результатов 6129 оперативных вмешательств, произведенных с 1984 по 1990 г., определены причины развития РПСНК, диагностическая ценность клинических и рентгенологических методов исследований, предложены способы диагностики и лечения больных с данным осложнением. Как видно из табл. 1, в 84 наблюдениях показанием к ре-

лапаротомии послужил спаечный илеус. Частота и причины возникновения РПСНК неодинаковы при различных заболеваниях, что обусловлено характером патологии, возрастом больных, состоянием иммунитета, объемом и травматичностью оперативного вмешательства. Особенно важным фактором, определяющим высокую летальность, является перитонит. В наших наблюдениях у подавляющего числа пациентов, подвергшихся релапаротомии, первичные операции выполнялись по неотложным показаниям.

Наиболее часто РПСНК отмечалась у больных, оперированных по поводу острой непроходимости кишечника (ОНК). При анализе причин развития РПСНК в данной группе больных установлена прямая зависимость частоты осложнения от своевременности поступления пациентов в стационар и выполнения оперативного вмешатель-

Таблица 1

## Релапаротомии при РПСНК в основных группах больных

Заболевания	Число прооперированных	Релапаротомия
Острый аппендицит	2146	15 — 0,7% (3)
Заболевания печени, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы	1682	10 — 0,6% (3)
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	1176	15 — 1,3% (3)
Острая непроходимость кишечника	439	27 — 6,2% (3)
Травмы органов брюшной полости	324	4 — 1,2% (3)
Ущемление грыжи без признаков непроходимости кишечника	248	6 — 2,4% (2)
Неотложные гинекологические заболевания	114	7 — 6,1% (2)
Всего	6129	84 — 1,4% (19)

Примечание. В скобках указано число умерших больных.

ства. Так, во всех случаях послеоперационного спаечного илеуса первичная операция производилась более чем через 24 часа с момента заболевания при наличии разлитого перитонита. В 19 наблюдениях хирургическое вмешательство в стационаре необоснованно задерживалось, что ретроспективно объяснялось стертой клинической картиной (у 10), отказом от применения всего арсенала специальных методов исследования (у 6), неправильной интерпретацией рентгенологических данных (у 9). Из технических ошибок, допущенных при первой операции, следует отметить травматичность вмешательства, неполноценную санацию и неадекватное дренирование брюшной полости, невыполнение тщательного висцеролиза брюшной полости. Так, в 2 наблюдениях поводом для релапаротомии послужила непроходимость кишечника, вызванная спаечным процессом в его дистальных отделах. Не вызывает сомнения целесообразность устранения энтеростаза. В 5 случаях декомпрессия и интубация желудочно-кишечного тракта не проводились, тем самым

паралитический илеус не был устранен, что в конечном итоге привело к развитию РПСНК. У одного больного причиной рецидива явился фибропластический процесс вокруг дренажной трубки, установленный между петлями тонкой кишки.

Релапаротомия по поводу РПСНК выполнена у 15 больных, ранее прооперированных по поводу острого аппендицита. При первичной операции у 7 больных был установлен гангренозный аппендицит, у 5 — флегмонозный, у 3 — катаральный. В 11 наблюдениях основное заболевание осложнилось развитием перитонита.

При детальном анализе четко выявляется ряд ошибок технического и тактического плана, приведших к развитию РПСНК. В первую очередь, это недооценка выраженности и распространенности перитонита и, как следствие этого, неполная санация и неадекватное дренирование брюшной полости. К тому же ведут небольшой по величине и сделанный в нетипичном месте разрез, использование местной анестезии при сложных аппендэктомиях. Только хорошая релаксация мускулатуры и достаточно широкий доступ позволяют провести полную санацию и свести до минимума травмирование брюшины, что является одной из причин образования спаек. Немаловажны также использование электроотсоса, лаваж брюшной полости неагрессивными растворами, тщательная перитонизация всех десерозированных участков кишечника, дренирование брюшной полости с помощью латексной и перчаточной резины.

Релапаротомия при РПСНК произведена у 10 больных, оперированных по поводу заболеваний печени, желчного пузыря и поджелудочной железы. Причиной развития РПСНК у 4 больных после холецистэктомии послужил спаечный процесс между петлями тонкой кишки и печенью, обусловленный тем, что оперирующие хирурги не выполнили гепатизацию ложа желчного пузыря. В остальных случаях спаечный илеус возник у пациентов со спаечной болезнью брюшины, оперированных по поводу острого холецистита и деструктивного панкреатита, осложненных разлитым перитонитом.

После хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки РПСНК возникла у 15 больных после резекции

желудка по Бильрот-I — у 2, резекции желудка по Бильрот-II — у 9, ушивания прободной язвы — у 2, селективной проксимальной ваготомии — у 2. Наибольшее число случаев РПСНК после резекции желудка по второму варианту мы связываем с тем, что этот вид оперативного вмешательства более травматичен и чаще выполняется у больных с высокими язвами желудка, нарушениями проходимости двенадцатиперстной кишки, трудно удаляемыми дуоденальными язвами.

Причинами развития РПСНК у больных после грыжесечения были недостаточный висцеролиз (у 4), оставление во время операции невправимой грыжи при множественных послеоперационных вентральных грыжах (у 2).

Возникновение РПСНК у больных после операций по поводу неотложных гинекологических заболеваний, по нашему мнению, также чаще объясняется ошибками хирургов, допущенными при выполнении хирургических вмешательств: нерадикальностью операций, недостаточными санацией и дренированием, оставлением салфетки в брюшной полости.

Диагностика РПСНК крайне сложна и связана с решением ряда проблем как клинического, так и деонтологического характера. Главное значение приобретает дифференцировка между атонией желудочно-кишечного тракта, которая возникает у большинства оперированных больных, и наблюдается в течение трех дней, и нарушением пассажа, обусловленным механическими препятствиями, чаще всего спайками. В послеоперационном периоде всегда должна настораживать длительно продолжающаяся атония. Чрезвычайно важно динамическое наблюдение за пациентами и клинической симптоматикой, которая во много раз ценнее собранных лабораторных данных. Напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при пальпации, частота и характер кишечной перистальтики, а также количество и состав выделяемого по назогастральному зонду содержимого, частота пульса и артериальное давление являются важнейшими критериями для оценки сложившейся ситуации и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. При этом следует помнить, что интенсивная терапия, проводимая после операции, нивелирует основные проявления

осложнений. Так, если при ОНК основным симптомом заболевания является боль в животе (100%), задержка отхождения газов и стула определяются в 80,7% наблюдений, а рвота — в 80,5%, то при РПСНК, согласно нашим данным, доминирует рвота (97%), боли носят диффузный характер и имеют место в 84% наблюдений, задержка отхождения газов и стула — в 44%.

При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости чаш Клойбера обнаружены у 90% больных. Однако надо помнить, что образование чаш Клойбера в первые послеоперационные дни не является патологическим признаком. Значительное увеличение их при повторных снимках и соответствующей клинике, отсутствие воздуха в толстой кишке свидетельствуют о механической природе непроходимости. Послеоперационный илеус, за небольшим исключением, — это тонкокишечный илеус, так что вздутие толстой кишки с большей вероятностью исключает и РПСНК. Получить достоверную информацию и установить характер непроходимости можно при использовании методики зондовой контрастной энтерографии. Вместе с тем, как известно, не всегда удается провести зонд в двенадцатиперстную кишку. Тогда в таких случаях с помощью эндоскопа заводим катетер до связки Трейца и по нему инъецируем в тонкую кишку специально приготовленную контрастную массу. Эндоскопическая катетерная энтерография позволила нам в 100% наблюдений дифференцировать парез кишечника и механический илеус. У 8 больных проведена экстренная лапароскопия, во время которой правильный диагноз был установлен у 4.

Релапаротомии по поводу РПСНК в наших наблюдениях были выполнены в следующие сроки после первой операции: до 3 суток — у 11 больных, до 7 — у 42, до 8 — у 17, до 10 — 14 — у 14. Соответственно и летальность оказалась значительно выше у больных последней группы: 8 из 14 прооперированных умерли.

Повторные чревосечения были выполнены под эндотрахеальным наркозом. Целями операции, как и любого вмешательства, предпринятого по поводу непроходимости кишечника, являлись устранение препятствия и декомпрессия кишечника, санация и дре-

Таблица 2

## Виды оперативных вмешательств при РПСНК

Оперативные вмешательства	Число оперированных больных
Висцеролиз	9 (2)
Висцеролиз+открытая интраоперационная декомпрессия	9 (1)
Висцеролиз+назоюнональная интубация	10 (2)
Висцеролиз+илеостомия	8 (3)
Висцеролиз+резекция различных сегментов тонкой кишки	6 (2)
Висцеролиз+резекция различных сегментов тонкой кишки+гастроинтестинальная интубация через гастростому	5 (1)
Висцеролиз+гастроинтестинальная интубация через гастростому	23 (2)
Висцеролиз+гастроинтестинальная интубация через гастростому+лапаростомию	14 (6)
Всего	84 (19 — 22,6%)

Примечание. В скобках указано число умерших больных.

нирование брюшной полости. Следует подчеркнуть, что во всех случаях РПСНК имел место сопутствующий перитонит, который в сочетании с паралитическим илеусом выступал одной из главных причин развития непроходимости. В большинстве наблюдений доступом служила широкая срединная лапаротомия, только у 5 пациентов был произведен параректальный разрез. Виды вмешательств представлены в табл. 2. Обязательным в ходе операции считаем проведение различных видов декомпрессии и интубации кишечника. Внутреннее дренирование — шинирование кишечника значительно улучшает результаты оперативных вмешательств. При этом интубация снижает кишечную гипертензию, позволяет хорошо опорожнять неперистальтирующий кишечник, нормализует кровообращение, обеспечивает функционально выгодное положение кишок, равнозначное интестинопликации, способствует раннему восстановлению моторики. Предпочтение при РПСНК отдаем проведению двухпросветного зонда через гастростому по Ю. М. Дедереру [1]. Именно при таком дренировании минимально число легочных осложнений. Кроме того, появляется возможность длительно (до 14 дней) сохранять зонд в просвете кишечника. После устранения причины непроходимости, источника перитонита, декомпрессии и интуба-

ции желудочно-кишечного тракта, саниации брюшной полости проводили ультрафиолетовое лазерное (УФЛ) облучение париетальной брюшины и внутренних органов. У 9 больных во время операции в брюшной стенке устанавливали титановую гильзу и со второго дня после хирургического вмешательства выполняли лапароскопию с УФЛ облучением брюшной полости.

Особое место, по нашему мнению, в лечении РПСНК с сопутствующим разлитым гнойным перитонитом в терминальной стадии, обширным нагноением лапаротомной раны должна занимать лапаростомию. Во всех случаях выполнения данной операции больные поступали в хирургические отделения РКБ МЗ РТ по линии санитарной авиации в запущенном состоянии. В отличие от существующих методик, мы перемещаем большой сальник в верхний этаж брюшной полости, а при гастроинтестинальной интубации размещаем его вокруг гастростомы, тем самым освобождая доступ к кишечнику.

В послеоперационном периоде проводили коррекцию нарушений гомеостаза, включающую в себя интенсивную инфузионную терапию, гипербарическую оксигенацию, внутрисосудистую УФЛ, фотомодификацию крови, все виды стимуляции кишечника. Наибольшее количество неудовлетворительных исходов отмечено у тех больных, у которых операцию заканчивали формированием подвесной или концевой илеостомы. Из них в последующем 4 пациента перенесли релапаротомию ввиду прогрессирования перитонита. Наилучшие результаты были получены при сочетании висцеролиза с продленной интубацией кишечника через гастростому.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Дедерер Ю. М. Патогенез и лечение острой непроходимости кишечника. — М., 1971.  
Поступила 17.01.94.

## DIAGNOSIS AND TREATMENT OF POSTOPERATIVE COMISSURAL ILEUS

D. M. Krasilnikov

## Summary

The dynamic observation and roentgenoscopic examinations are of importance in the diagnosis of postoperative comissural ileus. The decompression and prolonged intubation of intestine are obligatory in relaparotomy. The intensive therapy, all kinds of intestine stimulation including ultraviolet laser blood photomodification are necessary in the early period after relaparotomy.