

Ввиду несвоевременной диагностики оперативное вмешательство производилось на поздних сроках после начала заболевания, в результате у больных, особенно в старшей возрастной группе и с исходным заболеванием сердца, возникала декомпенсация сердечной деятельности. Если в первые часы заболевания зона сосудистых расстройств при окклюзионной форме инфаркта кишечника была отчетливо выраженной, что доказывалось рентгенографическими методами [2], то при дальнейшем развитии заболевания низкий уровень кровяного давления в сосудах неинфартированной части кишечника был обусловлен, вероятно, как снижением объемной функции сердца, так и утратой тонуса сосудов.

Как было установлено ранее [2], неокклюзионные виды нарушения мезентериального кровообращения возникают на уровне микроциркуляторного русла. Обнаруженные нами низкое кровяное давление, отсутствие пульсового давления и артериовенозного градиента в исследованных артериях и венах на фоне удовлетворительного уровня системного кровяного давления свидетельствовали о том, что эти сосуды не оправдывали своего функционального назначения как стабилизаторы давления и распределители капиллярного кровотока.

Следовательно, широкое внедрение интраоперационной ангиотензиометрии сосудов полых органов брюшной полости может способствовать более точному оп-

ределению жизнеспособности петель кишечника, позволит прогнозировать исход заболевания и оценивать адекватность интенсивной терапии и общей анестезии. Результаты исследования патогенеза сосудистой недостаточности внутристеночных и брыжеечных сосудов желудочно-кишечного тракта, являющихся существенным и мало изученным звеном между крупными сосудами и микроциркуляторной сетью, являются основанием для выделения главных принципов патогенетической терапии ишемического и реперфузионного синдромов, таких как антиоксидантная защита мембран и ферментов гладкомышечных клеток сосудов, коррекция процессов энергетического обеспечения, механизмов трансмембранного переноса и внутриклеточного распределения ионов и жидкости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Волкогод В. С., Мишнев О. Д., Карпова В. В. // Кардиология. — 1984. — № 7. — с. 87—90.
2. Савельев В. С., Спиридонов И. В. // Острые нарушения мезентериального кровообращения. — М., Медицина, 1979.
3. Сигал М. Э., Сигал З. М. // Интраорганическая гемодинамика в полых органах при операциях в брюшной полости. — Казань, изд-во КГУ, 1980.
4. Jordan P. H., Bulajendis D., Guin G. A. // Ann. Surg. — 1970. — Vol. 171. — P. 189—194.
5. Pierce G. E., Brockenbrough E. C. // Am. J. Surg. — 1970. — Vol. 119. — P. 233—239.

Поступила 13.01.87.

УДК 616.61—089.86—007.253—089.8

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ЛИГАТУРНЫХ СВИЩЕЙ

Э. Н. Ситдыков, Т. Г. Басиашвили, А. Ю. Зубков, А. Р. Беляев

Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Послеоперационные лигатурные свищи являются сравнительно редким осложнением хирургических вмешательств на органах мочеполовой системы. Однако эти осложнения вызывают отрицательные эмоции у больных, удлиняют послеоперационный период и требуют порой повторных оперативных вмешательств, особенно при глубоких лигатурных свищах поясничной области, возникших после нефрэктомии.

Под нашим наблюдением находилось 27 больных (мужчин — 24, женщин — 3) с лигатурными свищами, появившимися после нефрэктомии (у 10) и надлобковой

чреспузырной аденомэктомии с первичным глубоким швом мочевого пузыря (у 17). Возраст больных с послеоперационными поясничными свищами колебался от 28 до 40 лет; средний возраст подвергнутых аденомэктомии составил 67 лет.

Послеоперационные лигатурные свищи мы подразделяем на ранние и поздние, поверхностные и глубокие. Ранние поверхностные свищи были у 19 больных, в том числе у 2 после нефрэктомии и у 17 после надлобковой аденомэктомии. Свищи возникали после операции преимущественно к концу 3-й недели, а сви-

шевой канал распространялся в пределах подкожной клетчатки.

Поздние глубокие свищи поясничной области после нефрэктомии были диагностированы на основании фистулограмм у 8 больных. У одной пациентки послеоперационный глубокий лигатурный свищ поясничной области существовал 5 лет, несмотря на проводившуюся консервативную терапию. Глубокие послеоперационные лигатурные свищи поясничной области формируются в течение 1,5—3 мес с момента нефрэктомии. Весь этот период больные испытывают общую слабость, боли в области операционного рубца и в соответствующей половине живота. Температура тела, как правило, остается субфебрильной, наблюдаются нередко умеренный лейкоцитоз и всегда повышенная СОЭ (более 20 мм/ч). Подобные больные длительно и безуспешно лечатся в поликлинике. По поводу пальпируемого инфильтрата назначают антибиотики, физиотерапевтические процедуры. В конечном итоге сформировавшийся абсцесс распространяется по ходу операционного рубца, вскрывается наружу с образованием глубокого лигатурного свища поясничной области.

Как показал анализ клинических наблюдений, лигатурные свищи возникают в основном при бактериальном загрязнении операционной раны, однако характер лигатурных свищей определяется прежде всего видом оперативного вмешательства. Так, после надлобковой чреспузырной аденомэктомии мы ни разу не наблюдали глубоких поздних лигатурных свищей. Они всегда носили поверхностный характер. После нефрэктомии, наоборот, ранние поверхностные лигатурные свищи формировались лишь у 2 больных, у остальных 8 пациентов они были поздними и глубокими.

Лечение поверхностных лигатурных свищей несложно и не требует оперативного вмешательства. Их ликвидируют, удаляя лигатуры через свищевой канал кровоостанавливающим зажимом с последующим введением в свищ йодо-спиртового раствора.

Совершенно иная тактика лечения необходима при глубоких поясничных свищах, возникших после нефрэктомии. Попытки устранить свищи консервативными методами всегда обречены на неудачу. Так, ни антибиотикотерапия, ни склерозирующие методы лечения, ни их комбинация с выскабливанием свищевого хода не привели к выздоровлению ни одного больного с глубокими поздними поясничными свищами, сформировавшимися через 1,5—2 мес после нефрэктомии. У 2 больных безуспешной оказалась и рент-

генотерапия. Однако даже оперативное лечение глубоких поясничных лигатурных свищей не способствует излечению, если не устраняется этиологический фактор. В таких случаях свищи рецидивируют в сроки до 1,5—2 мес, как случилось у 3 больных, ранее оперированных в других лечебных учреждениях.

Все 8 больных, госпитализированных в урологическое отделение 6-й городской больницы, были оперированы по поводу поздних глубоких поясничных свищей, возникших после нефрэктомии. У 5 больных причиной поздних послеоперационных свищей были лавсановые лигатуры, наложенные на сосудистую ножку почки, у остальных 3 прооперированных — марлевые салфетки, обнаруженные в нижнем углу раны вдоль нижней полой вены.

Оперативное лечение этих больных позволило достичь хороших отдаленных результатов. Ни у одного из них не было рецидива поясничного лигатурного свища. Ретроспективный анализ историй болезни позволил установить, что 5 больных перенесли нефрэктомию по поводу гнойных заболеваний почек (множественные карбункулы, пионефроз), остальные трое — в связи с инфицированным гидронефрозом и коралловидным нефролитиазом, у которых поздние глубокие свищи возникли в результате *corpus alienum*. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что при выполнении нефрэктомии по поводу пионефроза или острого гнойного заболевания почек (карбункулы почек, острейшая форма апостематозного пиелонефрита) не следует пользоваться лавсановыми лигатурами для перевязки сосудистой ножки почки и культи мочеточников. Вследствие инфицирования окологочечной и забрюшинной клетчатки эти лигатуры могут стать причиной формирования глубоких поясничных свищей.

Приводим краткую выписку из истории болезни Ф., 30 лет, госпитализированного в клинику 10.02.84 г. с диагнозом «острый гнойный пиелонефрит, карбункул левой почки».

При поступлении больной жаловался на тупые боли в левой поясничной области, слабость, повышенную потливость, субфебрильную температуру до 37,2°.

Анализ крови: СОЭ — 55 мм/ч; анализ мочи патологических отклонений не выявил.

УЗИ: левая почка утолщена, в области верхнего полюса имеется округлое образование с небольшой полостью.

Была произведена нефрэктомия слева по поводу карбункула левой почки. Послеоперационный период протекал без осложнений; заживление раны произо-

шло первичным натяжением. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового уролога.

В июне 1984 г. по неотложным показаниям больной вновь поступил в хирургическое отделение 6-й городской больницы с диагнозом «абсцесс послеоперационного рубца». После вскрытия абсцесса поставлен диагноз «послеоперационный поясничный свищ». Проведено длительное консервативное лечение, но улучшения не последовало.

07.01.86 г. больной был госпитализирован в плановом порядке по поводу послеоперационного поясничного лигатурного свища слева.

При поступлении жаловался на боли в области послеоперационного рубца, слабость, субфебрильную температуру, гнойные выделения из свища.

Status localis: в левой поясничной области послеоперационного рубца определяется свищевой вход с гнойным отделяемым. Зонд проходит вглубь на 7 см.

Анализ крови: СОЭ — 56 мм/ч; анализ мочи патологических изменений не выявил.

Фистулограмма: контрастируются нечеткие, неровные контуры свищевого хода глубиной до 8 см и диаметром 0,4—0,7 см.

14.01.86 г. под эндотрахеальным наркозом произведено иссечение послеоперационного лигатурного свища слева, удалена лавсановая лигатура с почечной сосудистой ножки. Послеоперационный период протекал без особенностей, заживление раны произошло первичным натяжением. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Итак, основной причиной возникновения послеоперационных лигатурных свищей является бактериальное загрязнение операционной раны. При выполнении нефрэктомии по поводу пионефроза или острого гнойного заболевания почек не следует пользоваться лавсановыми лигатурами для перевязки сосудистой ножки и культи мочеточника, так как при наличии раневой инфекции такие лигатуры способствуют формированию глубоких лигатурных свищей. С целью профилактики данных осложнений в качестве шовного материала необходимо применять только кетгут.

Наличие у больного глубокого рецидивирующего поясничного свища, возникшего после нефрэктомии, должно стать для врача основанием к направлению пациента на стационарное оперативное лечение, неременным условием которого является устранение этиологического фактора.

Поступила 16.03.87.

УДК 618.5—089.888.61—02:614.1:313.12:616—053.31

## АНАЛИЗ ПРИЧИН И МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

*Э. Н. Ахмадеева, В. А. Кулавский*

*Кафедра детских болезней № 2 (зав.— доц. Р. Г. Еникеев), кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав.— проф. В. А. Кулавский) Башкирского медицинского института имени XV-летия ВЛКСМ*

В последние годы расширение показаний к кесареву сечению рассматривается как один из путей снижения материнской и перинатальной смертности [1, 3]. Большой клинический интерес в этом аспекте представляет изучение исходов абдоминального родоразрешения для новорожденного, анализ основных причин ранней неонатальной смертности при данном оперативном вмешательстве.

Нами выборочно проведена экспертная оценка 111 случаев летального исхода новорожденных, извлеченных путем кесарева сечения. К общему количеству операций, произведенных за изучаемый отрезок времени, число умерших новорожденных, извлеченных с помощью

данного оперативного вмешательства, составило 5,8%. Частота случаев смерти детей после кесарева сечения в раннем неонатальном периоде среди всех летальных случаев новорожденных за это же время достигла 24,8%. Большой удельный вес детей, извлеченных путем кесарева сечения, в структуре ранней неонатальной смертности свидетельствует об актуальности и практической значимости изучения причин летальности новорожденных данной группы.

61 (54,9%) новорожденный был извлечен путем первого кесарева сечения (1-я группа), 50 (45,1%) — в результате повторной такой операции по послеоперационному рубцу на матке (2-я груп-