

давление в лицевой артерии на стороне повреждения составляло 18,7/10,7 кПа, на интактной стороне — 17,3/10,7. После шинирования (на 3-и сутки) смещение отломков сохранялось, артериальное давление в лицевых артериях было равно соответственно 21,3/12,0 и 20,0/12,0 кПа. Больному был произведен остеосинтез.

У 4 больных, поступивших по поводу одностороннего перелома нижней челюсти, при проведении ангиотензометрии на предполагавшейся интактной стороне обнаружены сдвиги показателей АД, соответствующие показателям, устанавливаемым при переломах. Сделано заключение о на-

личии двустороннего перелома нижней челюсти, подтвержденного рентгенологически.

Таким образом, данные ангиотензометрии могут иметь значение в диагностике переломов нижней челюсти, в оценке эффективности их лечения и полноценности репозиции отломков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сигал М. З. и Сигал З. М. // Интраорганическая гемодинамика в полых органах при операциях в брюшной полости. — Изд-во Казанского ун-та. — Казань. 1980.

Поступила 03.12.87.

УДК 616.34—007.272

ОСТРАЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ — РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

И. А. Салихов, Д. М. Красильников, В. В. Федоров, О. Ю. Карпунин

Кафедра хирургии и онкологии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР, проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главрач — С. В. Абулдазе) МЗ ТАССР

Больные с непроходимостью кишечника составляют до 3,5% от общего их числа в хирургических стационарах [4], тем не менее интерес хирургов к данной патологии неизменно большой. Это связано с тем, что послеоперационная летальность при кишечной непроходимости достигла в последние 20 лет 14—25%, не имея явной тенденции к снижению.

Наиболее актуальна для практической хирургии спаечная кишечная непроходимость, которая в связи с ростом числа оперативных вмешательств на органах брюшной полости в экономически развитых странах вышла на первое место среди других видов кишечной непроходимости [7].

За последние 5 лет в нашей клинике были лечены 206 больных с различными формами кишечной непроходимости. У 78 (37,9%) больных причинами кишечной непроходимости были спайки, у 46 (22,3%) — ущемленные грыжи, у 40 (19,4%) — обтурация, у 15 (7,3%) — заворот, у 7 (3,4%) — спастический илеус, у 3 (1,5%) — паралитический илеус, у 3 (1,5%) — инвагинация, у 14 (6,8%) — прочие причины. Из 206 пациентов умерли 39. Общая летальность при кишечной непроходимости составила 18,9%.

Под наблюдением находились 36 (46,1%) мужчин и 42 (53,9%) женщины в возрасте от 15 до 85 лет со спаечной кишечной непроходимостью. В возрасте до 30 лет было 23 пациента, от 31 до 50 лет — 32, от 51 до 70 — 15, старше 70 — 8. Средний возраст — 43,2 года. Таким образом, подавляющее число пациентов со спаечной кишечной непроходимостью было представлено лица-

ми наиболее трудоспособного возраста. 47 пациентов (60,3%) были городскими жителями, 31 (39,7%) — сельскими.

51 больной был доставлен в клинику бригадами скорой помощи и санитарной авиации; 27 человек поступили по направлению центральных районных больниц, различных стационаров города (онкодиспансера, психоневрологического диспансера), медсанчастей, инфекционной больницы), а также были переведены из непрофильных отделений Республиканской клинической больницы. В большинстве направительных диагнозов синдром кишечной непроходимости был отражен, хотя в 35% случаев имели место и ошибочные диагнозы (острый панкреатит, перфоративная гастродуоденальная язва, почечная колика и др.).

Следует отметить, что только 30,7% больных острой спаечной кишечной непроходимостью поступили в стационар до 6 ч с момента заболевания, 10,7% — через 7—12 ч, 20% — спустя 13—24 ч, а 38,4% — после суток и более. Таким образом, основными причинами неудовлетворительных результатов лечения по-прежнему остаются поздние обращаемость и госпитализация.

Диагноз спаечной кишечной непроходимости ставили на основании анамнеза, клинических проявлений, данных объективного исследования, рентгенологических признаков. Большое значение в диагностике острой кишечной непроходимости имеет выявление нарушений моторной активности желудочно-кишечного тракта. Резкое замедление или отсутствие кишечного пассажа, определяемого рентгенологически, являлось

важным критерием в оценке состояния эвакуаторной функции кишечника. Кроме того, с 1986 г. у больных с клиникой кишечной непроходимости определяем состояние электрической активности различных отделов пищеварительного тракта по методике, описанной Т. С. Поповой и соавт. [3]. В основе данного метода лежит использование электрогастрографа ЭГС-4 м с приставкой, позволяющей посредством специальных фильтров с различной полосой пропускания выделять биопотенциалы преимущественно с частотами 0,05, 0,2, 0,1 и 0,017 Гц, характеризующие соответственно сокращения желудка, проксимального и дистального отделов тонкой и толстой кишок. Этот метод позволяет на ранних стадиях выявлять степень нарушения двигательной активности желудочно-кишечного тракта и способствует объективной оценке эффективности проводимого лечения.

У 3 больных со спаечной кишечной непроходимостью в прошлом операций не было, у 36 пациентов произведено по одной операции, у 20 — по 2, у 8 — по 3, у 5 — по 4, у 3 — по 5, у одного — 15; относительно 2 больных сведения отсутствовали.

В ряде работ утверждается, что спайки возникают чаще всего у пациентов, которые перенесли оперативные вмешательства по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [1, 6,], хотя имеется и противоположное мнение [2]. Мы не проводили сравнительного анализа видов оперативных вмешательств, после которых развилась спаечная кишечная непроходимость, так как полагаем, что не вид оперативного вмешательства, а правильность его исполнения, а также индивидуальная предрасположенность к спайкообразованию играют главную роль в возникновении спаечной болезни. Кроме того, нашими клинико-экспериментальными исследованиями [5] установлено, что тенденция к раннему и интенсивному развитию спаек наиболее выражена при аллергических состояниях организма, что нельзя не учитывать, так как число больных с повышенным аллергическим фоном с каждым годом увеличивается. В свою очередь аутоенсибилизация наблюдается при многих видах острой хирургической патологии. Таким образом, профилактика этого грозного заболевания должна базироваться на следующих принципах: выполнение операции по строго обоснованным показаниям, атравматичность хирургических манипуляций, адекватная санация и дренирование брюшной полости и желудочно-кишечного тракта, своевременная борьба с послеоперационным парезом кишечника, комплексная десенсибилизация организма.

Разумеется, рост количества операций увеличивает риск спайкообразования, что подтверждается исследованиями Вейбеля и Майно [8]. Так, 8 пациентам нашей группы

ранее перенесли 4—5 лапаротомий, из них в среднем 2 лапаротомии были выполнены по поводу спаечной кишечной непроходимости, а больная, у которой ранее было произведено 15 лапаротомий, 4 раза была оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости и 3 раза — по поводу заворота кишечника.

У 21 больного спаечная непроходимость развилась через 3—19 сут с момента последней операции, чаще на 7-е сутки, у 13 — сроки от 1 до 10 мес, у 32 — от 1 года до нескольких лет.

По поводу острой спаечной кишечной непроходимости были прооперированы 48 (61,5%) пациентов, из них четверо — по поводу рецидива спаечной кишечной непроходимости повторно (на 4—5-е сутки после первой операции), то есть в общем было произведено 52 оперативных вмешательства.

Чаще всего в спаечный процесс вовлекалась подвздошная кишка. Шнуровидные спайки наблюдались у 13 больных, плоскостные — у 9, смешанные — у 18, а у 12 пациентов причиной кишечной непроходимости были сращения между тонкой кишкой и передней брюшной стенкой или органами малого таза с образованием «двустволки». При ранней кишечной непроходимости преимущественно встречались плоскостные и смешанные спайки, при поздней — шнуровидные.

Объем оперативного вмешательства определяли по тяжести состояния больного и характеру патологических изменений.

Резекция кишечника протяженностью 0,4—1,5 м была выполнена у 8 пациентов. У 3 больных кишечник в результате рубцово-спаечного процесса представлял собой единый конгломерат, восстановить проходимость по которому иным путем не представлялось возможным. 2 из них перенесли соответственно третью и четвертую лапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости. 5 больным произведена резекция кишечника в связи с гангреной и перфорацией стенки кишки, из них трое умерли.

В послеоперационном ведении большое значение придавали ранней химио- и электростимуляции моторики желудочно-кишечного тракта, использованию гипероксидотерапии, пролонгированным блокам забрюшинного пространства через микроиригатор, введенный в корень брыжейки тонкой кишки во время операции. Эффективность стимуляции моторики оценивали с помощью периферической полиэлектрографии. С целью профилактики избыточного спайкообразования у лиц с индивидуальной предрасположенностью к спаечной болезни, а также у больных с перитонитом осуществляли интраабдоминальное введение фибринолизина в брюшную полость только на основе изотонических растворов (физиологический раствор, новокаин), так как в про-

веденных ранее клинико-экспериментальных исследований мы установили, что применяемый некоторыми хирургами в качестве растворителя полиглиюкин в силу своей осмотической активности у больных с перитонитом усиливает и без того высокую экссуляцию, что приводит к парадоксальной реакции — усилению спайкообразовательного процесса [5].

У 12 больных была выполнена послеоперационная лапароскопия. Во время операции в брюшную стенку устанавливали «гильзу» для лапароскопа, которая позволяла многократно осматривать брюшную полость, осуществлять разведение спаек, контролировать течение воспалительного процесса.

После хирургического лечения больные находились в стационаре от 7 до 57 дней (в среднем 20 сут).

Послеоперационная летальность при острой спаечной кишечной непроходимости составила 10,3% (умерли 8 больных). Один больной умер через 2 сут от начала развития непроходимости, 2 — через 4, один — через 6. Причиной смерти у 3 больных явился перитонит, у 2 — сердечно-сосудистая недостаточность, у одного — пневмония, у одного — сепсис и еще у одного — печеночно-почечная недостаточность.

Таким образом, проведенный нами анализ дает основание предполагать, что дальнейшая перспектива решения проблемы острой спаечной кишечной непроходимости за-

ключается в повышении медицинской грамотности населения, дальнейшем улучшении и совершенствовании диагностики заболевания на всех этапах оказания медицинской помощи, повышении тактического и технического мастерства хирургов, комплексной профилактике спаечной болезни, разработке этиологических и патогенетических методов коррекции моторики желудочно-кишечного тракта у больных с синдромом острой кишечной непроходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалев М. М., Рой В. П., Мартынович Л. Д. // Вестн. хир. — 1980. — № 10. — С. 102—105.
2. Напалков П. Н. // Вестн. хир. — 1977. — № 1. — С. 38—43.
3. Попова Т. С., Утешев Н. С., Токин А. Н. и др. // Хирургия. — 1984. — № 3. — С. 64—68.
4. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред. Савельева В. С. — М., Медицина, 1986.
5. Салихов И. А. // Некоторые патогенетические механизмы перитонита в организме с измененной и измененной иммунобиологической реактивностью. — Автореф. докт. дисс. — Казань, 1968.
6. Ситковский Н. В., Топузов В. С. // Клин. хир. — 1976. — № 3. — С. 5—10.
7. Nelson I. W., Ellis H. // Br. J. Clin. Pract. — 1984. — Vol. 38. — P. 249—251.
8. Weibel M. A., Majno G. // Am. J. Surg. — 1973. — Vol. 126. — P. 345—353.

Поступила 03.12.87.

УДК 616.12—002.77—007—07

ДИАГНОСТИКА ВОЗВРАТНОГО РЕВМОКАРДИТА И ЕГО ГРАДАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Н. В. Старкова

Кафедра терапии № 2 (зав. — докт. мед. наук И. А. Латфуллин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Целью работы являлась разработка критериев диагностики возвратного ревмокардита и его вариантов, различающихся по степени тяжести. Для решения этого вопроса был использован комплекс клинических, лабораторных, инструментальных данных, а также результаты патологоанатомического исследования. При обследовании больных были использованы критерии ВОЗ с определением титра стрептококковых антител. Помимо рутинных методов лабораторного исследования оценивали состояние иммунной системы организма: реакцию торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), титр противострептококковых антител, показатели завершения и незавершенного фагоцитоза, активность кислой фосфатазы сыворотки крови. В мазках из носоглотки определяли тип и группу стрептококка. Регистрировали ЭКГ и Эхо-КГ. С помощью ме-

ханокардиографии по Н. Н. Савицкому изучали состояние центральной гемодинамики. Для определения размеров сердца применяли метод рентгенокардиометрии [2]. Основные и дополнительные признаки возвратного ревмокардита и его варианты выделяли с использованием одних и тех же симптомов. Полученный материал обработан с помощью метода диагностического отбора признаков [1] с последующим применением метода синдромной диагностики.

Под наблюдением находились 184 пациента с возвратным ревмокардитом, ревматическими пороками сердца (в состав групп не вошли больные с Н III, с длительным течением заболевания). Контрольную группу составили 20 больных ревматическими пороками в неактивной фазе.

Наиболее информативными признаками в дифференциации ревмокардита по степени