

Среди больных, поступивших в стационар с клиникой желудочно-кишечного кровотечения, наибольшую проблему составляют пациенты с язвенным дуоденальным кровотечением, у которых на момент поступления нет явных показаний к операции. Эта группа сложна тем, что в случае возобновления кровотечения их состояние в сравнении с исходным резко ухудшается. Поэтому выделение каких-либо патогномоничных признаков возможного рецидива кровотечения является чрезвычайно актуальной задачей. Найденный нами признак без сомнения можно отнести к таковым. Это подтверждается прежде всего сочетанием данных фиброгастроуденоскопического исследования с такими интраоперационными находками, как крупная язва задней стенки двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу и аррозией крупного сосуда. Наличие описанного эндоскопического признака свидетельствует о том, что источником кровотечения является аррозированная артерия в дне язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки, а это, в свою очередь, свидетельствует о ненадежности остановки кровотечения.

Исходя из того, что у всех больных в ближайшие дни после поступления развился рецидив кровотечения и на операции было установлено сочетание крупной язвы задней стенки двенадца-

типерстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу, и аррозии крупного сосуда, мы сделали заключение о патогномоничности этого эндоскопического признака в плане прогнозирования повторного кровотечения. При расчете по общепризнанной методике оказалось, что чувствительность описанного нами признака приближается к 100%, а его специфичность составила 95,7%.

Мы рекомендуем практическому хирургу при выявлении описанного эндоскопического признака провести операцию в срочном порядке до развития рецидива кровотечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Михайлова А.П., Акимов В.П. // Вестн. хирургии. — 1997. — № 3. — С. 35—39.
2. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. — М., 1974.
3. Горбашко А.И. // Вестн. хирургии. — 1980. — № 12. — С. 28—34.
4. Ратнер Г.Л., Корытцев В.К., Катков С.А. // Хирургия. — 1999. — № 6. — С.23—24.

Поступила 20.10.01.
PATHOGNOMONIC SIGN OF UNSTABLE
HEMOSTASIS IN ULCEROUS DUODENAL
HEMORRHAGE
U.K. Korytsev

S u m m a r y

It is established that if in fibrogastroduodenoscopic examination the duodenal bulb is filled with large and friable thrombus, hemorrhage relapse excites apprehension. The urgent operative treatment is recommended in revealing this pattern.

УДК 617.55—001—06:617.553—005.1.005

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ЗАБРЮШИННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

C.B. Доброквашин, A.X. Давлетшин

Кафедра травматологии, ортопедии, хирургии экстремальных состояний (зав. - проф. И.Ф. Ахтямов), кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией (и.о. зав.— доц. Ф.Г. Биккинеев) Казанского государственного медицинского университета

Забрюшинные кровоизлияния при травме живота представляют один из самых сложных разделов неотложной хирургии. До сих пор не решен вопрос об их классификации. В литературе имеются данные о классификации забрюшинных гематом при переломах костей таза [2] и закрытых травмах живота [1, 3], однако больше в историческом аспекте, чем в практическом.

Предлагаемая клинико-анатомическая классификация основана на резуль-

татах экспериментальных исследований, которые выполнены на неформализированных трупах скоропостижно скончавшихся людей в танатологическом отделении (зав. - А.М. Ширяк) Республиканского бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ (начальник - канд. мед. наук Ю.П. Калинин). Принципиальное отличие нашего метода от других заключается в том, что окрашенную индигокармином или метиленовой синью жидкость, обладающую рентгеноконт-

растным свойством за счет добавления к ней кардиотраста или урографина, вводили непосредственно в просвет конкретного сосуда, участвующего в кровообращении органа или его части, имеющего искусственно созданный дефект стенки. Благодаря этому во время всего анатомического эксперимента, продолжавшегося в течение 50—60 минут, мы наблюдали за выходом жидкости через поврежденный сосуд в окружающие ткани с последующим рентгенологическим и фотографическим контролем. Использование данного способа исследования позволяет представить топографоанатомическое обоснование распространения забрюшинных кровоизлияний в слоях забрюшинной клетчатки, дать их количественную характеристику (напряженное, ненапряженное, локальное, распространенное, тотальное).

В результате исследований нами выявлено, что при повреждениях органов и сосудов забрюшинного пространства наиболее часто формируются четыре типа забрюшинных кровоизлияний (см. табл.).

Среднее количество вводимой окрашенной жидкости при моделировании забрюшинных кровоизлияний

Типы кровоизлияния	Область повреждения	Количество вводимой жидкости, мл
I. Пристеночные	Поясничные вены (слева и справа)	1270 88
	Поясничные позвонки (I-III)	740 68
	Нижняя полая вена	1050 65
II. Почечные	Почка и ее сосуды (слева и справа)	2150 125
III. Висцеральные	Поджелудочная железа	
	а) головка	670 32
	б) тело, хвост	1150 43
	Двенадцатиперстная кишка	
	а) верхняя горизонтальная часть	620 47
IV. Висцеральные	б) нисходящая часть	870 74
	в) нижняя горизонтальная и восходящая части	380 27
	Брыжейка тонкой кишки (тонкокишечные сосуды)	870 74
	Брыжейка и сосуды толстой (ободочной) кишки	
	а) подвздошно-ободочные сосуды	760 28
	б) правые ободочные сосуды	725 38
	в) средние ободочные сосуды	980 76
	г) левые ободочные сосуды	545 33
	д) брыжейка сигмовидной кишки	1020 74

Примечание. Количество вводимой жидкости соответствует минимальному и среднему объему напряженных забрюшинных кровоизлияний, распространенных в пределах своих топографоанатомических областей.

Результаты экспериментальных исследований были сопоставлены с клиническими наблюдениями во время выполнения оперативных вмешательств и диагностических лапароскопий в отделении неотложной хирургии (зав.-канд. мед. наук Ю.В. Бондарев) БСМП г. Казани, что позволило объединить различные забрюшинные кровоизлияния в единую систему. Поэтому мы решили предложить для практического использования клинико-анатомическую классификацию, взяв за основу три ведущих критерия: анатомический, напряженность кровоизлияния, его распространенность.

Клинико-анатомическая классификация забрюшинных кровоизлияний при повреждениях живота

1. Анатомическое расположение: I тип - пристеночные (поясничные, лево-правосторонние; позвоночные; повреждения нижней полой вены), II тип - почечные, лево-правосторонние, III тип - висцеральные верхнего этажа брюшной полости (двенадцатиперстнокишечные, поджелудочные), IV тип - висцеральные нижнего этажа брюшной полости (брюжеечно-тонкокишечные, брюжеочно-толстокишечные).

2. Напряженность кровоизлияния:
а) ненапряженные-брюшина, покрывающая кровоизлияние, практически не выбухает (количество скопившейся в ней крови меньше представленного в таблице); б) напряженные - брюшина, покрывающая кровоизлияние, отчетливо выбухает (среднее минимальное количество скопившейся крови представлено в таблице).

3. Распространенность кровоизлияния: а) локальные - кровоизлияние в пределах поврежденного органа или его части, занимающее не более двух из девяти анатомических областей брюшной полости; б) распространенные - локализация кровоизлияния более чем в двух из девяти анатомических областей брюшной полости; в) тотальные - распространение кровоизлияния в области боковых каналов брюшной полости (право-, лево- или двусторонние).

Деление живота на области, проекция органов на брюшную стенку, локализация органов в их пределах определяются с помощью одной из наиболее употребительных и практически удобных схем в хирургии: это левая подреберная область, левая боковая область, левая подвздошно-паховая область, надлобко-

вая область, правая подвздошно-паховая область, пупочная область, правая боковая область, собственно надчревная область, правая подреберная область [4].

Таким образом, формулировка диагноза при травме живота, осложненной забрюшинным кровоизлиянием, нам представляется следующей: "Закрытая травма живота. Разрыв нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки, осложненный двенадцатиперстнокишечным, напряженным, распространенным забрюшинным кровоизлиянием. Диффузный распространенный перитонит".

Предлагаемая клинико-анатомическая классификация забрюшинных кровоизлияний при повреждениях живота определяет диагностическую программу и тактику лечения пострадавших и отвечает, на наш взгляд, практическим требованиям неотложной хирургии.

УДК 616.381-089.85

О РЕЛАПАРОТОМИИ

В.П. Арсютов, Л.И. Черкесов, А.А. Вазанов, О.В. Арсютов

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.Е. Волков) Чувашского государственного университета

Диагностика и лечение больных с ранними послеоперационными внутрибрюшинными осложнениями — одна из самых сложных проблем плановой и экстренной хирургии. Летальность после повторных оперативных вмешательств достигает 30—80% [1, 2].

Нами проведен анализ 175 историй болезни больных, которым были выполнены 220 релапаротомий, причем 28 больным — 2 раза, 4 — 3 и 3 — 4 раза. Женщин было 55 (31,4%), мужчин — 120 (68,6%). Распределение больных по полу и возрасту приведено в таблице.

130 (74,3%) больным релапаротомии были выполнены после экстренных операций и 45 (25,7%) — после плановых. Наибольшее количество релапаротомий потребовалось в связи с ранней спаечной кишечной непроходимостью — 59 (26,8%) больным. Это осложнение проявлялось прогрессирующими вздутием живота, наличием постоянных или схваткообразных

1. Горшков С.Э., Волков В.С. //Хирургия.— 1988.— № 8.— С. 74—77.

2. Киселев П.П. К вопросу о забрюшинных гематомах при повреждении таза и его органов // Труды военно-мед. академии.— Л., 1950.— Т. 22.— С. 117—122.

3. Маренков Г.М.— М., 1961.— Т.6.— С. 104—118.

4. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.— М., 1972.

Поступила 16.02.01.

CLINICOANATOMIC CLASSIFICATION OF RETROPERITONEAL HEMATOMAS

S.U. Dobrovashin, A.Kh. Davletshin

С у м м а р у

The clinicoanatomic classification of retroperitoneal hemorrhages in abdomen traumas based on three main criteria — anatomic, hemorrhage stress, its propagation, is developed. The classification suggested determines the diagnostic program and tactics of treating patients.

болей в животе, многократной рвотой с примесью кишечного содержимого. В некоторых случаях установлению диагноза способствовало рентгенологическое изучение пассажа бариевой взвеси по кишечному тракту. Из 59 больных, оперированных по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости, умерли 9 (15,3%) пациентов.

Абсцессы брюшной полости различной локализации являлись причиной релапаротомии в 56 (25,5%) случаях. Важными симптомами абсцесса брюшной полости были подъем температуры по вечерам, сопровождавшийся ознобами, пальпируемый инфильтрат в брюшной полости, частый жидкий стул. При наличии абсцессов в недоступных для пальпации отделах брюшной полости установить диагноз помогли ультразвуковое и рентгенологическое исследования брюшной полости.

В 48 (21,8%) случаях показанием к релапаротомии служила несостоятельность

Распределение больных по возрасту и полу

Обследованные	Возраст, лет							Всего	%
	до 20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	>70		
Женщины	5	11	12	6	4	10	7	55	31,4
Мужчины	7	21	25	27	24	14	2	120	68,6
Всего	12	32	37	33	28	24	9	175	100
%	6,9	18,3	21,1	18,9	16,0	13,7	5,1	100	