

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 двенадцатиперстникокишечным, 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 вторых 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 прогрессирующим вздутием живота, наличием постоянных или схваткообразных

ЛИТЕРАТУРА

1. Горшков С.З., 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.V. Dobrovashin, A.Kh. Davletshin*

#### Summary

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   |      |

швов толстой и тонкой кишок, анастомозов желудочно-кишечного тракта. Развитие несостоятельности швов органов желудочно-кишечного тракта в ранние сроки после операции (4—5-е сутки) проявлялись ухудшением самочувствия больных, усилением болей в животе. У большинства больных вырисовывалась картина “острого живота”. Отмечалось нарастание лейкоцитоза со сдвигом формулы крови влево. При развитии несостоятельности швов в более поздние сроки послеоперационного периода отмечалось резкое ухудшение самочувствия у большинства больных. До развития несостоятельности у больных этой группы наблюдался стойкий парез кишечника, сопровождавшийся вздутием живота. Были выражены признаки интоксикации организма, сохранялся высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево. Из 48 больных в послеоперационном периоде умерли 20 (41,7%) человек.

В 37 (16,8%) случаях релапаротомии предпринимались при прогрессировании первичного перитонита, который проявлялся продолжающимися болями в животе, умеренным метеоризмом, стойким парезом кишечника, некупируемым медикаментозной терапией и электростимуляцией кишечника. К этим признакам присоединялись интоксикационный синдром и защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. В этой группе после релапаротомии умерли 16 (43,2%) больных. Послеоперационные кровотечения были показанием к релапаротомии в 10 (4,5%) случаях — умерли 2 человека. У 9 (4,1%) больных показанием к релапаротомии послужила эвентерация органов брюшной полости.

Объем хирургического вмешательства во время релапаротомии зависел от характера осложнения. При несостоятельности швов тонкой кишки производилось повторное ушивание раны или резекция кишки с наложением межкишечного анастомоза по типу “бок в бок”. При несостоятельности швов толстой кишки и толстокишечного анастомоза этот участок выводили на переднюю брюшную стенку в виде колостомы. В некоторых случаях, когда выведение данного участка на переднюю брюшную стенку по техническим причинам не удавалось, выше участка несостоятельности накладывали двухствольный кишечный свищ, а зону несостоятельности дренировали и тампонировали. В случае несостоятельности культи червеобразного отростка дефект ушивали двухрядными узловыми швами или выводили цекостому. В 73 наблюдениях при на-

личии разлитого гнойного перитонита и выраженного спаечного процесса в брюшной полости релапаротомии завершали тотальной декомпрессионной интубацией тонкой кишки зондом Миллера—Эббота. В 12 случаях зонд проводили антеградно, в 12 — антеградно эндоназально до Баугиневой заслонки, в остальных случаях — ретроградно до Трейтцевой связки через аппендикостому, цекостому, илеостому. Предпочтение отдавали ретроградному методу проведения зонда, так как при трансназальном методе тотальной интубации кишки опорожнение последней происходит антиперистальтически, что является существенным его недостатком. Наличие зонда способствует свободному оттоку токсического содержимого тонкой кишки и раннему восстановлению моторной функции желудочно-кишечного тракта, а также служит жестким каркасом для правильно уложенных петель тонкой кишки и предупреждает развитие ранней спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном периоде.

При эвентерации и с целью профилактики этого осложнения, особенно при релапаротомиях, в последние годы применялся П-образный шов по Доннати с использованием резинового дренажа в качестве прокладки. Из 175 больных, перенесших релапаротомию, умерли 47 (26,9%) пациентов.

Таким образом, исход операции зависит от своевременности повторного вмешательства и правильно выбранной тактики. Отсюда необходим поиск новых методов, направленных на устранение патогенетических основ возникновения осложнений, требующих повторных хирургических вмешательств в брюшной полости.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Батян Н.П. Клинические вопросы релапаротомии. — Минск, 1982.
2. Петухов И.А. Послеоперационный перитонит. — Минск, 1980.

Поступила 03.10.01.

#### ON RELAPAROTOMY

*V.P. Arsyutov, L.I. Cherkesov, A.A. Vazanov, O.V. Arsyutov*

#### Summary

The analysis of 175 case records of patients who underwent 220 relaparotomies is presented. The causes of relaparotomies were: in 24,5% cases — early acute comissural ileus, in 23,6% cases — incompetence of the intestinal sutures and anastomoses of the organs of the gastrointestinal tract, in 15% cases — uncured case of peritonitis. The operation result depends on the appropriate repeat intervention and chosen tactics.