

О причинах диагностических ошибок при выявлении онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта

Квалифицированная медицинская помощь населению в значительной степени зависит от качества диагностической работы на поликлиническом этапе.

Для изучения причин запоздалой диагностики опухолей желудочно-кишечного тракта мы проанализировали истории болезни 2120 больных, леченных в гастроэнтерологическом отделении в течение трех лет. У 32 больных были выявлены опухоли желудка различной локализации, у 9 — опухоли толстого кишечника. Средний возраст пациентов — 56 лет.

Все больные поступили в стационар после амбулаторного наблюдения, длившегося не менее одного года. Основным направительным диагнозом у больных этой группы был гастрит. В поликлинике рентгенологическое исследование либо не проводилось, либо было недостаточно квалифицированным. Фиброгастроскопию не назначали на амбулаторном этапе ни одному из этих больных.

При стационарном обследовании всем больным диагноз опухоли желудочно-кишечного тракта был поставлен в течение первой недели госпитализации при рентгенологическом исследовании и фиброгастроскопии. Лишь у 4 больных было предположить онкологическую патологию по клиническим данным; у 37 больных опухоль была выявлена рентгенологически или при фиброгастроскопии с патогистологическим изучением биоптата.

Из общего числа больных с диагностированным раком желудка 23 человека были успешно прооперированы, однако, судя по градиенту запущенности, постановка диагноза и операция были своевременными лишь у половины больных. Из 9 больных с опухолями кишечника лишь 4 были прооперированы радикально, остальным наложены колостомы.

Приведенные данные показывают, что наиболее опасным возрастом среди гастроэнтерологических больных является контингент лиц от 50 до 60 лет. Быстрая постановка диагноза в стационаре путем рентгенологического исследования и фиброгастроскопии подтверждает необходимость доклинического обследования гастроэнтерологических больных современными инструментальными и рентгенологическими методами, из которых наиболее информативной и доступной является фиброгастроскопия с последующим патогистологическим исследованием биоптата. Для своевременного выявления больных с онкологической патологией желудочно-кишечного тракта действенной может оказаться лишь организация в поликлинике полноценного обследования гастроэнтерологических больных, особенно в возрасте после 50 лет.

УДК 616—001—085.814.1—036.8

А. Г. Полякова (Горький). Рефлексотерапия в комплексе восстановительного лечения больных травматолого-ортопедического профиля

Рядом авторов показана возможность использования рефлексотерапии в комплексе средств реабилитации больных травматолого-ортопедического профиля.

Мы провели анализ десятилетнего опыта

применения рефлексотерапии в комплексе восстановительного лечения 196 больных с последствиями переломов конечностей и 187 больных с остеоартрозами крупных суставов. Среди них было 56% мужчин и 44% женщин в возрасте от 21 до 67 лет.

Больным с последствиями травм конечностей рефлексотерапию проводили дифференцированно на разных этапах восстановительного лечения. В периоде иммобилизации воздействовали на аурикулярные точки микроиглами или электропунктурой. Параметры тока — 20 мкА при смене полярности 1(+):4(—). Курс лечения состоял из ежедневных 10 сеансов. В периоде ношения съемного лонгета эффективна классическая акупунктура в сегментарные точки канала мочевого пузыря методом дисперсии, в постиммобилизационном периоде — электроакупунктура по индивидуальной методике, определяемой с помощью стандартного вегетативного теста. Курс составлял 7—8 сеансов, выполняемых ежедневно или через день.

Больным с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов осуществляли одновременно аурикулярную и корпоральную акупунктуру с учетом сопутствующих заболеваний. Курс лечения определяли индивидуально в зависимости от тяжести заболевания.

Эффективность восстановительного лечения оценивали по динамике клинико-функциональных показателей. Изучали данные гониометрии, учитывали трофические и сосудистые расстройства в поврежденном сегменте, результаты рентгенологических исследований и физические показатели состояния организма. Кроме того, определяли кожную температуру и электрокожную проводимость при положительной и отрицательной полярности на измирительном электроде в репрезентативных точках акупунктуры.

Мы предлагаем следующую оценку динамики асимметрий в процессе восстановительного лечения: исчезновение асимметрий по всем трем параметрам (кожной температуре, электрокожной проводимости при положительной и отрицательной полярности) расценивать как отличный результат, по двум параметрам — как хороший, по одному — как удовлетворительный, отсутствие динамики или усугубление асимметрий — как неудовлетворительный результат лечения. Для сравнения динамики асимметрий, индекса гомеостаза и интегрального индекса функциональных показателей были обследованы две группы больных (по 30 человек в каждой) с осложненными и множественными переломами лодыжек, отобранные методом слепой выборки. В 1-ю группу вошли больные, которым в комплексе восстановительного лечения применяли рефлексотерапию по указанной выше методике. 2-я группа больных получала стандартный комплекс восстановительного лечения.

В конце лечения индекс гомеостаза у больных 1-й группы восстановился до 95%, во 2-й — до 80%; индексы функциональных показателей с 40% в начале лечения возросли у больных 1-й группы до 86%, во 2-й — до 80%. Динамика асимметрий в обеих группах также была различной: у больных 1-й группы отмечалось постепенное исчезновение асимметрий, тогда как во 2-й группе наблюдалось усугубление асимметрий при повышении физической нагрузки, что, на наш взгляд, может свидетельствовать о недостаточности адаптационно-приспособительных реакций у больных 2-й группы.

Итак, рефлексотерапия улучшает резуль-

таты и сокращает сроки реабилитации больных с поражениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата, что связано, по-видимому, в первую очередь, с влиянием рефлексотерапии на восстановление гемостаза. Исследования биофизических параметров репрезентативных точек акупунктуры позволяют индивидуализировать и оптимизировать процесс восстановительного лечения, прогнозировать осложнения и вносить при необходимости своевременную коррекцию в лечение.

УДК 617.51—001.036.8:614.1:313.12

В. Е. Крылов, П. С. Андреев, С. Н. Сафронова, Р. В. Зайнуллин (Казань). Летальность больных с сочетанной черепно-мозговой травмой

Целью настоящего исследования было выявление основных ошибок в диагностике, особенностей локализации повреждений, причин смерти пострадавших с сочетанной черепно-мозговой травмой в зависимости от возраста.

Проведен клинико-анатомический анализ историй болезни 368 больных, погибших от сочетанной черепно-мозговой травмы. Все пострадавшие были разделены по возрасту на три группы: 1-я — до 15 лет, 2-я — от 15 до 60 лет, 3-я — старше 60 лет. Основной причиной смертности явились механические повреждения, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий (в 1-й группе — у 62%, во 2-й — у 47,3%, в 3-й — у 77,5%). Обращала на себя внимание большая частота случаев бытового травматизма у детей (31,6%) и падения с высоты у взрослых (23,0%).

В первые часы после травмы умерли 32% пострадавших. Наиболее высокая летальность в 1—3-и сутки (40,6%) наблюдалась среди лиц 1 и 2-й групп; в 88% случаев она была обусловлена церебральными нарушениями и осложнениями. Среди пострадавших 3-й группы констатируется высокая летальность в поздние сроки — на 3—7-е сутки, что объяснялось развитием серьезных осложнений со стороны витальных органов.

При клинической оценке состояния тяжести больных были выявлены особенности изменений гемодинамических показателей. У 43,8% пострадавших АД колебалось от 10,7 до 13,3 кПа, лишь у 12,0% лиц оно было ниже 10,7 кПа. Частота пульса у 38,6% больных была в пределах 100—120 уд. в 1 мин. Показатель отношения частоты пульса к АД в 1-й группе был меньше или равен 1, во 2 и 3-й группах — значительно больше 1. Несмотря на наличие у больных при поступлении шока (у 77%), повреждений внутренних органов с внутриорганным кровотечением (у 27%) у них были отмечены стабильные показатели гемодинамики.

Изучение структуры причин смертности от сочетанной черепно-мозговой травмы по характеру доминирующего повреждения показало, что первое место занимает черепно-мозговая травма (у 84% детей, 92% взрослых и у 72% лиц преклонного возраста). У 50% больных были повреждены кожные покровы головы; у большинства выявлены переломы костей черепа (в 1-й группе — у 81,3%, во 2-й — у 66,4%, в 3-й — у 67,8%). У детей преобладали закрытые проникающие переломы, что обусловлено особенностями строения костей черепа.

Трепанация черепа по поводу удаления ин-

тракраниальных гематом и гидром, вдавленных переломов и очагов разможения головного мозга, отека-набухания головного мозга была произведена у 43,8% детей и у 35,3% лиц преклонного возраста. У детей были в основном эпидуральные гематомы, у взрослых и лиц преклонного возраста — субдуральные и внутримозговые.

При поступлении в стационар у детей была выражена общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика (психомоторное возбуждение, анисокория, парезы, параличи), несмотря на более редкие, чем у взрослых, случаи обнаружения в ликворе крови. У лиц преклонного возраста при массивных субарахноидальных кровоизлияниях и ушибах головного мозга, наоборот, отмечалась затуханность общемозговой и очаговой симптоматики, что затрудняло диагностику доминирующего поражения.

У 42,6% больных с сочетанной черепно-мозговой травмой было выявлено повреждение органов живота, причем с большей частотой у детей (например, разрыв печени и селезенки — в 1,5 раза, образование забрюшинных гематом — в 3 раза). В связи с описанной выше неврологической симптоматикой, клиническая картина этих повреждений была затухевана, поэтому врачи уделяли внимание лишь патологии головного мозга. Диагностических лапароскопических и лапаротомий производилось меньше (соответственно 1% и 5,6%), чем во 2-й группе (соответственно 25,6% и 15,4%). Отсюда диагностические ошибки при повреждениях органов живота были допущены у 11% детей.

Повреждения грудной клетки как единственный сочетающийся компонент диагностированы у 33,8% больных с сочетанной черепно-мозговой травмой. У детей преобладали одиночные и односторонние переломы ребер, у взрослых — множественные одно- и двусторонние. Несмотря на это различие, пневмоторакс встречался с одинаковой частотой. У лиц 3-й группы отмечалось увеличение частоты гемоторакса.

Диагностика травм грудной клетки представляла большие трудности. Из общего числа пострадавших множественные переломы ребер своевременно не обнаружены у 18%, одиночные — у 42%, гемопневмоторакс и повреждения легкого — у 6%. Трудности диагностики в первую очередь были связаны с расстройством сознания у пострадавших. Плевро-пульмональный шок на фоне выраженной кровопотери с циркуляторной гипоксией, вследствие которых развивается коматозное состояние (причем нередко с очаговой неврологической симптоматикой) в 18% случаев также воспринимался как проявление тяжелой черепно-мозговой травмы.

Повреждения черепа и грудной клетки в 68% случаев возникали на одной стороне. Вентиляция легких при этом нарушалась как на одноименной, так и на противоположной стороне за счет ушиба головного мозга (центрального генеза).

Перелом конечностей наблюдался у 41,6% больных; у детей преобладали повреждения длинных трубчатых костей, у лиц преклонного возраста — мелких костей. Переломы конечностей не диагностированы. Трудности диагностики переломов костей конечностей возникали в случае их расположения на стороне пареза или паралича и у лиц в глубокой мозговой коме.

Таким образом, у больных с сочетанной черепно-мозговой травмой имеются различия в локализации, частоте повреждений и клиническом течении заболевания в зависимости от возраста.