

О ТАКТИКЕ ВРАЧА ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А. Ф. Попов

Кафедра госпитальной хирургии (зав.—проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Под нашим наблюдением за последние 8 лет находилось 64 чел. с инородными телами желудочно-кишечного тракта: мужского пола — 28 и женского — 26. В возрасте до 10 лет был 21, от 11 до 20 — 20, от 21 до 40 — 19 и от 41 до 50 лет — 4 чел.

Инородные тела в желудочно-кишечный тракт попадали через рот. В большинстве случаев проглатывание совершалось случайно во время еды (говяжьей и рыбы кости, косточки фруктов и др.); во время разговора или глубокого вдоха (мелкие тела, удерживаемые губами или зубами при выполнении той или иной работы портными, сапожниками, обойщиками). Особый интерес представляют сложные способы проглатывания инородных тел, которые применялись душевнобольными или преднамеренно. Так, для облегчения прохождения инородных тел через глотку и пищевод пили жидкость большими глотками. Вводили инородное тело глубоко в глотку и в верхний отдел пищевода и затем делали учащенные глотательные движения. Некоторые больные использовали специальные держалки из прочных ниток или шпагата с целью извлечения инородного тела, если оно застрянет.

Длина инородных тел колебалась от 2 до 17 см (исключение составила часть желудочного зонда длиной в 25 см); диаметр — от нескольких миллиметров до 2 см. Часто проглатывали швейные иглы (24), гвозди (9), металлические шарики, гайки, болтики (8), проволоочные изделия (5), черенки от металлических и деревянных ложек (4).

Количество одновременно проглоченных инородных тел было от одного до нескольких десятков. Так, психически больной В., 30 лет, в течение 3 дней систематически проглатывал разнообразные предметы различной величины и формы. Спустя две недели больной пожаловался на боли в верхнем отделе живота, и через мягкую брюшную стенку удалось прощупать мелкие плотные тела. На обзорной рентгенограмме обнаружено большое количество инородных тел на уровне второго поясничного позвонка в проекции желудка. Назначена диета, богатая клетчаткой. Через неделю во время дефекации вышло самое большое по размерам (17×2 см) копьевидной формы металлическое тело. На рентгено снимке другие инородные тела остались в той же проекции. Через 30 дней с момента проглатывания первого инородного тела произведена гастротомия под местным обезболиванием. Все инородные тела находились в желудке и оказались сцепленными между собой. Было удалено 36 металлических крючков от кроватной сетки, 3 ручки от металлических кружек, черенок от столовой ложки и 2 осколка стекла. Вес инородных тел составил 355,0. Наступило выздоровление.

Неменьший казуистический интерес представляет и следующее наблюдение.

А., 43 лет, оперирован по поводу опухоли (рака?) желудка. При обследовании органов брюшной полости установлено, что пальпируемое и дававшее дефект наполнения образование не связано со стенками желудка. При гастротомии удалено довольно плотное тело продолговатой формы размером 24×10 см. Оказалось, что это два рукава и значительная часть нательной рубашки. Срок пребывания их в желудке установить не удалось.

Диагностика инородных тел желудочно-кишечного тракта не представляет особых трудностей. Данные анамнеза и рентгенологическое обследование в большинстве случаев позволяют поставить диагноз, определить характер, форму, размер и место расположения инородных тел.

Болевой синдром отмечался у 48 чел. Характер боли схваткообразный, интенсивность незначительная. Усиление боли, как правило, наблюдалось после приема пищи и во время глубокой скользящей пальпации. Тошнота была у подавляющего большинства больных (39), а рвота лишь у 12. У 5 больных инородные тела удалось прощупать через брюшную стенку. Гораздо труднее диагностировать инородные тела из дерева, стекла и тонкой резины. Их не всегда можно определить рентгенологически, так как они или нечетко выявляются, или не видны совсем.

Из 64 наблюдаемых нами больных у 46 (около 72%) инородные тела вышли самостоятельно, и лишь 18 человек (28%) подверглись оперативному вмешательству.

На основании изучения литературных данных и собственных наблюдений у нас выработалась определенная линия поведения в отношении таких больных. В первые дни с момента проглатывания мы во всех случаях придерживаемся выжидательной тактики, за исключением тех больных, у которых имеются симптомы раздражения брюшины. Эта группа, включающая 4 наших больных, подверглась оперативному вмешательству в экстренном порядке по жизненным показаниям.

Остальные 14 чел. оперированы в плановом порядке после того, как при повторной рентгенографии было констатировано отсутствие продвижения инородных тел по желудочно-кишечному тракту. Оперативные вмешательства в большинстве случаев произведены на сроках от 7 до 14 дней. 2 больных прооперированы через 3 и 4 недели с момента проглатывания инородных тел. Эту группу составили больные, проглотившие инородные тела больших размеров (черенки от столовых ложек, чайные ложки, проволочные изделия в форме крючков и якорей), а также остроконечные предметы, в большинстве случаев иглы.

Больные с швейными иглами в желудочно-кишечном тракте заслуживают особого внимания. У нас их было 24 чел. (37,5%). Из них 5 оперированы (2 в экстренном и 3 — в плановом порядке), а у 19 иглы вышли самостоятельно естественным путем. У 11 чел. они отошли в сравнительно ранние сроки — на 2—4-й день, у 5 — на 5—7-й, у 1 — на 8-й и у 2 — на 12-й день. У 2 больных, оперированных в плановом порядке через 3 и 4 недели, иглы травмировали стенки желудочно-кишечного тракта. У одной игла найдена в корне брыжейки поперечноободочной кишки, а у другой игла из слепой кишки наполовину выступала в брюшную полость.

Таким образом длительное (свыше 12—14 дней) наблюдение и консервативное лечение этих больных, особенно в тех случаях, когда приостановилось дальнейшее продвижение инородных тел по желудочно-кишечному тракту, мы считаем нецелесообразным. Не ограниченную во времени выжидательную тактику до тех пор, пока появятся симптомы раздражения брюшины, т. е. когда произойдет прободение стенки желудка или кишечника, надо признать неправильной. По нашим данным из 64 человек у 7 инородные тела прободали стенки желудочно-кишечного тракта, что привело у одного из них к разлитому гнойному перитониту с летальным исходом. Если на сроках свыше 2—3 недель и наблюдается самостоятельное отхождение некоторых остроконечных и больших инородных тел, то это далеко не частое, а скорее казуистическое явление. Плановая операция, произведенная на таких сроках, приведет к меньшему злу, чем выжидание симптомов раздражения брюшины с возможным развитием перитонита.

В последнюю группу включены больные, проглотившие инородные тела небольших размеров и в большинстве случаев тупоконечные. Эту группу составляют 27 чел. Среди них 9 проглотили гвозди, 8 — металлические шарики, болтики, гайки, нагрудные значки, 10 — различные мелкие предметы. Ни одному из этих больных не потребовалась операция. Инородные тела отошли самостоятельно через 2—3 дня.

УДК 616—002. 5—616. 61

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ПОЧЕК

Н. И. Иванов

Институт туберкулеза РСФСР (директор и зав. урологическим отделением —
Т. П. Мочалова)

Для диагноза и лечения почек весьма существенно раннее распознавание снижения клубочковой фильтрации.

В здоровых почках образуется в 1 мин. 125 мл клубочкового фильтрата. При заболеваниях почек клубочковая фильтрация может резко снизиться, в то время как содержание «остаточного азота» в крови остается нормальным. Повышение «остаточного азота» не обнаруживается до тех пор, пока клубочковая фильтрация не упадет до 30 мл в 1 мин.

Однако практически это обстоятельство не всегда учитывается при определении клубочковой фильтрации ни по инулину, ни по тиосульфату, ни по эндогенному креатинину.

Пионеры метода определения клубочковой фильтрации по экзогенному креатинину (Rehberg, 1926), по эндогенному креатинину (В. Д. Вышегородская, 1931; Blumgart, 1934; Е. М. Тареев, 1936) рекомендовали производить сбор мочи в течение часа. Их многочисленные последователи при этом нередко получали заниженные показатели клубочковой фильтрации у лиц с нормальными почками, что ограничивало возможности применения метода на практике, вызывало недоверие к нему.

По А. К. Машкееву (1963), результаты исследования клубочковой фильтрации по креатинину в суточном количестве мочи, в противоположность часовому, дают более правильное представление о функции почек у детей старшего возраста.

Преимущество определения клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину в суточном диурезе обосновано двумя положениями.

1. При собирании суточного диуреза вероятность ошибки в отношении остаточной мочи значительно меньше, чем при использовании одночасового диуреза. Опорожнение мочевого пузыря никогда не бывает полным, в нем может оставаться около 50 мл мочи.