

Прокудин В. Н., Тер. арх., 1976, 6.—13. Тополянский В. Д., Альперович Б. Р. Там же, 1977, 9.—14. Фултон М., Джулиан Д. Г. В кн.: Стенокардия. М., Медицина, 1980.—15. Шхвацабая И. К. Ишемическая болезнь сердца. М., Медицина, 1975.—16. Fleckenstein A. Med. Klin., 1975, 70, 42.—17. Kimura E., Kishida H. Circulation, 1981, 63, 4.—18. Mahr H. Herz Kreislauf, 1978, 10, 5.—19. Mason D. T., Miller R. R., Amsterdam E. A. In: Beta-adrenoceptor blocking agents. Amsterdam, 1976.—20. Murell W. Lancet, 1879, 1, 1.—21. Parratt J. R. Adv. Drug Res., 1974, 9.—22. Prichard B. N. Postgrad. Med. J., 1976, 52, 4.—23. Rupprecht E. Z. Allgemeinmed., 1977, 53, 17.—24. Schaper W. Medikon, 1975, 4, 1.—25. Shimamoto T. In: Cardiovascular Disease. Urban and Schwarzenberg, 1974.—26. Stump J. M., Vernier V. G. In: New Drugs. Discovery and Develop. New York—Basel, 1978.—27. Waters D. D., Szlachcic J., Theroux P., Dauwe F., Mizgala H. F. Am. J. Cardiol., 1981, 47, 1.

Поступила 2 ноября 1981 г.

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

УДК 616.34—007.272—07—089

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Доктор мед. наук М. Ю. Розенгартен

(Казань)

Острая кишечная непроходимость относится к числу наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости. Диагностика, правильный выбор лечения в до- и послеоперационном периодах являются актуальными вопросами неотложной хирургии. Летальность при этом заболевании остается высокой и, к сожалению, не имеет тенденции к снижению.

В настоящей работе анализируются результаты лечения больных острой кишечной непроходимостью в лечебно-профилактических учреждениях.

В процессе этого изучения зарегистрировано 11 288 больных острой кишечной непроходимостью, общая летальность среди них составила 8%. Консервативными методами удалось разрешить кишечную непроходимость у 5702 больных. У 91 наступила смерть. В числе подвергнутых консервативному лечению было 730 детей до 14 лет (12,8%), из них умерло 22 (3%). Консервативные методы лечения ограничивались сифонными клизмами, повторными промываниями желудка, новокаиновыми блокадами, введением стимуляторов моторики кишечника, электролитов, сердечных средств. Детям при инвагинации в ряде случаев с эффектом применялось введение воздуха в прямую кишку. Смерть больных из числа леченных консервативно было обусловлена поздними сроками поступления в стационар, шоком. 47 больных были доставлены в агональном состоянии.

5495 больным было выполнено 6439 операций. Умерло 813 человек (14,8%). В числе оперированных было 1065 детей до 14 лет (19,4%), из них умер 121 ребенок (11,4%). 1464 больным (26,6%) была выполнена резекция кишечника, в том числе тонких кишок — 976 больным (66,7%), толстых — 488 (33,3%); умерло соответственно 161 (16,5%) и 136 (27,9%) больных.

Роковые исходы после операций обусловлены прежде всего поступлением больных в стационар на поздних сроках заболевания. При поступлении больных до 6 ч с момента заболевания (32,1%) летальность составила 4,7%, до 24 ч (41,6%) — 10,1%, позже 24 ч (26,3%) — 28%. Подобная закономерность сохранялась и при оперативном лечении острой кишечной непроходимости у детей. При поступлении детей до 6 ч от начала заболевания послеоперационная летальность составляла 5,8%, до 24 ч — 8,3%, позже 24 ч — 21,3%. На операционном столе смерть наступила у 101 больного (12,4%), до 10—20-го послеоперационного дня — у 481 (59,2%), после 10 дней — у 231 (28,4%).

По возрасту умершие больные распределялись следующим образом: до 14 лет — 121 (14,9%), от 15 до 20 лет — 42 (5,2%), от 21 до 30 лет — 65 (8,0%), от 31 до 40 лет — 81 (10,0%), от 41 до 50 лет — 96 (11,8%), от 51 до 60 лет — 129 (15,8%), от 61 до 70 лет — 133 (16,4%), от 71 до 80 лет — 114 (14,0%), старше 81 года — 32 (3,9%).

Спаечная форма острой кишечной непроходимости была у 271 (33,3%) из умерших больных, заворот толстых кишок — у 163 (20,1%), заворот тонких кишок — у 141 (17,3%), заворот с узлообразованием — у 46 (5,7%), инвагинации — у 98 (12,0%), обтурация кишки желчными камнями, аскаридами и т. д. — у 25 (3,1%), врожденные аномалии, внутренние ущемления кишки — у 69 (8,5%). Из числа умерших у 38,3% была выполнена резекция кишечника.

Анализируемые годы оперативного лечения больных острой кишечной непроходимостью мы условно разделили на два периода. Во 2-м периоде получили применение трансиллюминация, термометрия кишечника, декомпрессия и другие методики.

В первом периоде при оперативных вмешательствах по поводу острой кишечной непроходимости ведущим методом обезболивания являлась местная анестезия (39,2%). Масочный наркоз был применен у 32,4% больных, эндотрахеальный — у 26,1%, спинномозговая анестезия — у 2,3%. Во втором периоде эти соотношения существенно изменились. Методом выбора стал эндотрахеальный наркоз (63%). Второе место занял масочный наркоз (22,3%), третье — местное обезболивание (12,4%), четвертое — спинномозговая анестезия (2,3%).

В первый период оперативному лечению подвергнуто 3225 из 7303 больных (44,2%). Умерло 526 больных (16,3%). Среди леченных консервативно смерть наступила у 66 (0,9%). 2078 больных (28,4%) поступили позже 24 ч. Из них оперировано 1192 (57,4%), умерло 348 (29,2%).

Во 2-м периоде в стационарах находилось на лечении 3985 больных острой кишечной непроходимостью. Подверглись операции 2270 чел. (57,0%), из них умерло 287 (12,6%). 1715 больным проводилось консервативное лечение, из них умерло 27 (1,6%). 676 больных (17,0%) были доставлены в стационар позже 24 ч с момента заболевания. Среди этих больных смерть наступила у 182 (27,0%).

Причинами поздней госпитализации являлись как позднее обращение за медицинской помощью, так и запоздалая диагностика. Наши данные свидетельствуют, что задержка оперативного вмешательства обусловлена не только госпитализацией на поздних сроках заболевания, но и, порой, длительным дооперационным наблюдением в стационаре. Так, из числа умерших 54 (6,6%) больных были оперированы спустя 12 и более часов после поступления в стационар. Операция задерживалась из-за трудностей диагностики (33 больных), недостаточной квалификации врачей (21 больной).

При всем многообразии существующих методов дооперационной диагностики мы начинаем обследование больного с введения назогастрального зонда и исследования крови. Если при 2—3-кратном зондировании с интервалом в 30—40 мин обильно выделяется (иногда с шумом) содержимое желудка и при этом имеются другие симптомы острой кишечной непроходимости, больного следует оперировать. Во время зондирования производится промывание желудка теплой водой «до чистой воды», что вне зависимости от вида непроходимости способствует уменьшению интоксикации. Одновременно выполняется анализ крови. Повышение числа лейкоцитов до $11 \cdot 10^9$ — $15 \cdot 10^9$ в 1 л, увеличение количества палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов соответственно до 10—15% и 75—80% также служат показанием к оперативному вмешательству.

В исходах оперативного лечения больных острой кишечной непроходимостью существенная роль отводится предоперационной подготовке, которая должна включать мероприятия, направленные на устранение гиповолемии и на улучшение реологических свойств крови. Наиболее эффективными в этом отношении препаратами являются реополиглюкин и гемодез (из расчета 10 мл жидкости на килограмм массы тела больного). Введение значительных количеств жидкости опасно из-за возможного наступления «осмотического» нефроза. Улучшению функции сердечно-сосудистой системы и внешнего дыхания способствует введение назогастрального зонда с активной аспирацией содержимого желудка и его промыванием, применение кордиамина, мезатона, эфедрина, гидрокортизона. Уместно подчеркнуть, что проведение указанных мероприятий может привести к ошибочной оценке состояния больного, которое, как правило, при этом улучшается.

Как в до-, так и в послеоперационном периоде должен осуществляться лабораторный контроль за содержанием электролитов, белка и т. д. Исследование белка сыворотки крови может иметь прогностическое значение. Если содержание общего белка ниже 50 г/л, а альбуминов — ниже 25 г/л, оперативное вмешательство может оказаться для больного непереносимым.

Во время операции, независимо от метода обезболивания, целесообразно введение в корень брыжейки тонких кишок и в брюшину теплого 0,25% раствора новокаина и 125 мг гидрокортизона. Это способствует значительному уменьшению болей в пос-

леоперационном периоде. Для профилактики развития сращений в брюшной полости в нее вводят микроирригатор, через который в течение 3—4 дней проводят орошение теплым 0,25% раствором новокаина (50 г) с добавлением 125 мг гидрокортизона.

Клиническими признаками нормоволемии являются почасовой диурез в пределах 40—50 мл, стабильное центральное венозное давление 785—980 Па, пульс 68—72 уд. в 1 мин, розовая окраска слизистых оболочек и ногтевых фаланг. При острой кишечной непроходимости инфузионная терапия может считаться адекватной, если суточное восполнение жидкости будет проводиться из расчета 80—90 мл жидкости на килограмм массы тела больного. При этом учитываются потери организмом жидкости (диурез, «секвестрация» жидкости в кишку, дыхание, рвота, аспирированное желудочное содержимое и т. д.).

В практической деятельности надлежит придерживаться общепринятых норм: на килограмм массы тела больного следует вводить ежедневно 2 г углеводов, 2 г жиров, 1 г белка. Установлено, что введение 126 кДж на 1 кг массы тела приблизительно покрывает суточную потребность организма в энергии, обеспечивая полноценное парентеральное питание. В послеоперационном периоде применяли естественные поливалентные ингибиторы протеолиза (гордокс, трасилол, парааминометилбензойную кислоту), препараты, нормализующие сердечную деятельность. Антибиотики мы назначаем только по показаниям. Подобная осторожность явилась следствием наблюдавшихся нами тяжелых форм лекарственной болезни, вызванной в ряде случаев необоснованным назначением антибактериальных препаратов.

Грозным осложнением острой кишечной непроходимости считается парез кишечника. Анализ нашего материала показывает, что необратимые парезы кишечника обусловлены в ряде случаев дефицитом калия. К сожалению, до настоящего времени хирурги для стимуляции моторики кишечника широко практикуют внутривенное введение гипертонического раствора натрия хлорида, тем самым усугубляя парез. Ионы натрия вытесняют калий из клеток в межклеточное пространство. При парезе кишечника наступает выраженная потеря калия, а гипокалиемия в свою очередь усиливает парез. Так как суточная потребность организма в ионах натрия равняется 6 г, а это количество содержится в 500 мл раствора Рингера, то, следовательно, его введение не должно превышать 500 мл в сутки.

Для стимуляции моторики кишечника мы применяем внутримышечное введение 1—2 мг калимина (1—2 ампулы) 4 раза в день или питуитрина в дозе 1 мл (5 ЕД 3—4 раза в сутки. Для получения немедленного эффекта препарат можно ввести внутривенно (медленно!) — 1 мл в 40 мл 40% раствора глюкозы. Благоприятный результат получен нами при сочетании питуитрина и 1 мл 0,01% раствора карбахолина подкожно 3—4 раза в сутки. В борьбе с парезом кишечника хорошо зарекомендовал себя 0,5% раствор хлорида калия в 5% растворе глюкозы (2,5 г кали хлорида на 500 мл раствора глюкозы), который вводят внутривенно в течение часа. Менее надежный эффект дают, по нашим наблюдениям, нибуфин и прозерин. Нам неоднократно удавалось успешно бороться с парезом кишечника, применяя согревающие компрессы на живот (полуспиртовый, мазь Вишневского).

911 больным (14,1%) была выполнена релапаротомия, в том числе 33 — дважды. Большинство выявленных ошибок было связано с неправильной оценкой ишемических расстройств в стенке кишки.

Ошибки в определении протяженности ишемических расстройств, наложение анастомоза в пределах некротизированных тканей во всех случаях приводят к несостоятельности кишечных швов, возникновению перитонита, кишечных и каловых свищей. Так, при достаточном объеме резекций кажущегося не измененным отрезка кишки (размер проксимального отрезка от 30 до 40 см, дистального — от 20 до 30 см) у 72 умерших был обнаружен некроз в зоне анастомоза. Поэтому показания к резекции кишечника при острой кишечной непроходимости следует ставить только на основании объективных тестов, к которым относятся пульсирующий кровоток (трансиллюминация по М. З. Сигалу), индекс жизнеспособности (по М. Ю. Розенгартену), кровяное давление в экстраорганных и интрамуральных сосудах не менее 400 Па (М. З. Сигал, З. М. Сигал). Опыт хирургов дает основание полагать, что ранняя госпитализация больных, своевременная операция, выполненная опытным хирургом, применение современных методов интенсивной терапии на всех этапах заболевания могут способствовать значительному улучшению результатов лечения острой кишечной непроходимости.

Поступила 27 апреля 1981 г.