

ЛИТЕРАТУРА

1. Демнер Л. М., Колотков А. П. В кн.: Актуальные вопросы ортопедической стоматологии. Казань, 1969.—2. Колотков А. П. Стоматология, 1963, 4.—3. Хорошилкина Ф. Я. Телерентгенография в ортопедии. М., Медицина, 1976.—4. Hitti H. Rontgen-Kephalometrische Untersuchung bei Ruckbiss-Patienten zur Beurteilung skeletaler Wachstumserwartung. Diss. Mainz, 1973.—5. Korkhaus C. Fortschr. Kieferorthop., 1959, 20, 1.—6. Schwarz A. M. Die Rontgenostatik. Wien—Innsbruck, 1958.

Поступила 16 июня 1981 г.

УДК 616.34—007.44—053.2—07—035.7—08—07

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

В. В. Подкаменев, В. Н. Шатунов, В. И. Булашов

*Кафедра хирургии детского возраста (зав.—проф. М. Р. Рокицкий) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. Проводится анализ ошибок в диагностике и лечении 49 детей с инвагинацией кишечника по историям болезни. Наиболее частыми причинами диагностических ошибок являются неправильная оценка кровянистых выделений из прямой кишки, недостаточно внимательное обследование больного, слабое использование дополнительных методов исследования, пренебрежение предоперационной подготовкой при тяжелом состоянии ребенка, нерациональный выбор метода обезболивания и неправильное послеоперационное ведение больных.

Ключевые слова: инвагинация кишечника у детей, диагностические, лечебные ошибки.

Библиография: 5 названий.

Анализу ошибок при инвагинации кишечника у детей посвящены многочисленные исследования. Являясь самым частым видом острой кишечной непроходимости, инвагинация до сих пор остается заболеванием с высокой летальностью — от 5 до 24% [5].

Нами проведен анализ 49 историй болезни детей, леченных по поводу инвагинации кишечника в детской республиканской клинической больнице с 1978 по 1980 г. Кроме того, изучено 10 историй болезни детей, умерших от острой кишечной инвагинации в центральных районных больницах ТАССР за 1979 г.

Ошибки в диагностике заболевания. Анализируя истории болезни детей с запущенными формами инвагинации и летальные случаи, мы отметили, что наиболее частой причиной ошибок в диагностике среди врачей первого звена является дизентерия, что еще раз подтверждает данные ряда авторов [1, 2]. Неправильная оценка кровянистых выделений из прямой кишки врачами скорой помощи и участковыми педиатрами — основная причина несвоевременной госпитализации таких детей в хирургическое отделение.

Приведем характерный пример. И., 6 мес, направлена в инфекционное отделение детской больницы через 8 ч от начала заболевания с диагнозом — острая дизентерия, токсическая форма. Заболела внезапно, появились приступообразные боли в животе, стул со слизью и кровью. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Осмотрена хирургом — диагноз острого хирургического заболевания отвергнут. Назначена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия по поводу острой дизентерии. Однако улучшения не наступило, и ребенок умер через 12 ч с момента поступления. Патологоанатомический диагноз: инвагинация тонкой кишки в толстую, некроз слизистой и мышечного слоя тонкой кишки.

Это наблюдение подтверждает мнение М. Р. Рокицкого (1979) о том, что «неправильная оценка симптома кишечного кровотечения при инвагинации связана с прочно сложившимся стереотипом в педиатрическом мышлении: кровянистый стул — дизентерия. Следует иметь в виду, что применительно к грудным детям с острыми приступообразными болями в животе появление кровянистой слизи из заднего прохода в подавляющем большинстве случаев равносильно диагнозу инвагинации кишок!».

Наиболее частой причиной диагностических ошибок среди врачей участковой сети и скорой помощи является отказ от динамического наблюдения за ребенком с подозрением на инвагинацию. Приступообразный характер болей, длительность

«светлых» промежутков, во время которых врач осматривает ребенка, могут ввести в заблуждение врача и послужить причиной просмотренного хирургического заболевания.

Анализ историй болезни показал, что неприменение такого важного исследования, как ректальное, — одна из ведущих причин диагностических ошибок. Выделение крови из прямой кишки — очень важный симптом, который проявляется через 6—8 ч от начала заболевания [4]. Ректальное исследование позволяет обнаружить кишечное кровотечение до появления кровянистых выделений из прямой кишки. В связи с важностью и необходимостью пальцевого исследования при инвагинации уместно привести высказывание Лепутра: «Если бы ректальное исследование было менее неприятно врачам, они делали его бы раньше и видели кровь на своих пальцах до того, как она показывается сама, и посылали бы своих маленьких пациентов на операцию тоже намного раньше, чем это они обычно делают».

Из 10 умерших детей, поступивших в районные больницы, ректальное исследование было проведено врачами лишь у 4, причем сопоставление клинической картины с данными этого исследования в установлении диагноза у всех 4 больных было правильным.

Лечебно-тактические ошибки. Данная группа ошибок наиболее часто встречается у врачей второго звена — хирургов общего профиля. Нами было установлено, что 8 детей поступили в хирургические отделения в тяжелом состоянии. Однако оперативное вмешательство проводилось или без предоперационной подготовки или она была совершенно недостаточной для устранения явлений интоксикации.

Р., 5 мес, поступил в хирургическое отделение районной больницы через 36 ч от начала заболевания с диагнозом — кишечная непроходимость. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Без какой-либо предоперационной подготовки его подвергли оперативному лечению, которое прошло без осложнений, но через 10 ч ребенок умер. Патологоанатомический диагноз: послеоперационный шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

Предоперационная подготовка должна осуществляться обязательно и в достаточном объеме, причем более 2—3 ч ее проводить не следует. При улучшении состояния, повышении кровяного давления и нормализации пульса ребенка оперируют [1]. В этом случае частыми ошибками являются нерациональный выбор метода обезболивания, выполнение операций без внутривенных инфузий, пренебрежение послеоперационной инфузионной терапией.

Лечебно-технические ошибки. Они складываются из неточностей, допущенных в технике дезинвагинации, оценке жизнеспособности кишки, технике резекции.

Техника дезинвагинации описана во многих руководствах по хирургии: постепенное «выдавливание» инвагината — залог успешного лечения. По материалам детальных случаев дезинвагинация была произведена у 3 больных, из них у 2 детей послеоперационный период осложнился кишечным кровотечением, у одного — перфорацией кишки, что вызвало необходимость повторного оперативного вмешательства. Бесспорно, что в данных случаях дезинвагинация была выполнена грубо, травматично. Это и привело к осложнениям.

Правильная оценка жизнеспособности кишки всегда связана с определенными трудностями. Кроме субъективных общепризнанных методик, в последнее время решающее значение приобретают такие методы исследования, как трансиллюминация и трансиллюминационная интраоперационная ангиоскопия и ангиография. Наиболее прост и доступен для хирурга метод трансиллюминации. Во всех разобранных нами случаях были применены только визуальные методы исследования.

После установления нежизнеспособности кишки необходимо решить вопрос об объеме и границах резекции. Многие авторы советуют производить резекцию в пределах здоровых тканей, отступая от пораженного участка на 15 см проксимальнее и дистальнее. Нарушение этого правила ведет к несостоятельности анастомоза. По материалам историй болезни резекцию произвели в одном случае, но она осложнилась несостоятельностью анастомоза, результатом которого явились разлитой перитонит и смерть ребенка. В этом случае, по всей вероятности, хирург отступил от данных рекомендаций, вследствие чего была допущена лечебно-техническая ошибка.

ВЫВОДЫ

1. Наиболее частыми причинами ошибок среди врачей первого звена являются неправильная оценка кровянистых выделений из прямой кишки, недостаточно внимательное обследование больного и слабое использование дополнительных методов исследования.

2. Лечебно-тактические ошибки, совершаемые врачами общего профиля, вызваны в основном пренебрежением предоперационной подготовкой тяжелобольных, нерациональным выбором метода обезболивания, а также неправильным послеоперационным ведением таких пациентов.

3. Широкая пропаганда знаний клинического течения инвагинации у детей среди участковых педиатров, врачей скорой помощи будет способствовать своевременному поступлению детей в специализированные хирургические отделения и успешному их лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Неотложная хирургия детей. Л., Медицина, 1973.— 2. Маенко П. А., Урусов В. А. Острый живот у детей. Иркутск, 1973.— 3. Рокицкий М. Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста. М., Медицина, 1979.— 4. Рощаль Л. М. Инвагинация кишок в детском возрасте (клиника, диагностика, лечение). Автореф. канд. дисс., М., 1964.— 5. Ставская Е. А., Сагаков В. К. Анализ летальности при инвагинации кишечника у детей В кн.: Тезисы IV Всероссийской научно-практической конференции детских хирургов. Саратов, 1978.

Поступила 17 июня 1980 г.

УДК 618.2:612.014.422:612.117.7

УДЕЛЬНОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ КРОВИ И ПЛАЗМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Р. Х. Тукшаитов, И. К. Байтиряк

Лаборатория физических методов исследования (зав.— ст. научн. сотр. Р. Х. Тукшаитов) Казанского ордена Ленина ветеринарного института им. Н. Э. Баумана и кафедре акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Изучены средние значения и пределы варибельности удельного сопротивления крови и плазмы у 116 беременных женщин. Установлено, что ранее предложенное значение удельного сопротивления крови существенно завышено и искажает величину ударного объема.

Ключевые слова: беременность, кровь, плазма, удельное сопротивление, реография.

1 иллюстрация. Библиография: 6 названий.

В последнее десятилетие реографический метод находит широкое применение для определения ударного и пульсового объемов кровотока. Вычисляют этот важный показатель гемодинамики на основе усредненного значения удельного сопротивления крови (ρ), равного $1,5 \text{ Ом} \cdot \text{м}$ [6].

Отклонение данного параметра крови от нормы может внести ошибку в измерения [1]. По этой причине в дальнейших работах указывается на необходимость учета влияния величин гематокрита [4, 5] и линейной скорости кровотока [4]. Однако, несмотря на это, предложенное значение для ρ прочно утвердилось в литературе в качестве физиологической константы.

В связи с изложенным нам представляется правомерным изучение удельного сопротивления крови и его варибельности у беременных женщин, которое может внести определенную ясность в отношении погрешности, допускаемой при оценке ударного объема в акушерстве.

Мы изучили значения удельного сопротивления венозной крови, стабилизированной гепарином, у 116 беременных женщин с учетом их возраста, срока и кратности беременности. Из них у 16 человек измерения ρ проведены на ранних сроках беременности (7—12 нед), у остальных — на более поздних (32—42 нед). У 44 пациенток наряду с измерением удельного сопротивления крови определяли удельное сопротивление плазмы.

Измерение ρ образцов выполнено двухэлектродной ячейкой методом «двух вольтметров» [2] в диапазоне температур от 19 до 24°С на установке, функциональная электрическая схема которой представлена на рисунке. Подачу напряжения на электрическую схему осуществляли от генератора ГЗ-33 (1), а измерение напряжения — ламповым милливольтметром МВЛ-3 (2). В качестве измерительной ячейки применя-