

Рис. 1. Изменение конъюгированных диенов у отдельных больных в динамике заболевания.

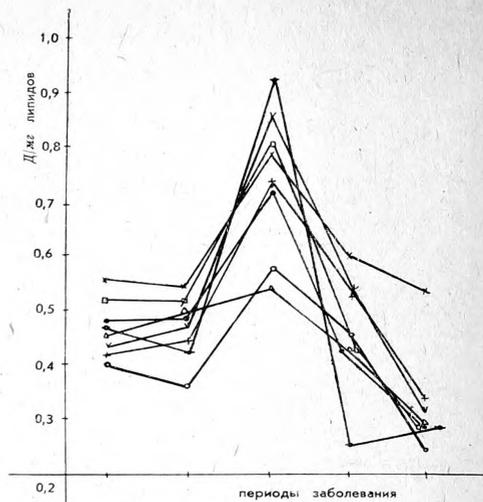


Рис. 2. Изменение кетонетов у отдельных больных в динамике заболевания.

препаратов, наркотических средств, развивающаяся гипоксия также могут активировать эти процессы.

Не исключено, что резкое возрастание продуктов перекисного окисления в липидах после операции является защитной реакцией организма. В данном случае не представляется возможным дать строгое объяснение причин интенсификации перекисного окисления липидов после операции. Вместе с тем известно, что усиление этих процессов связано с накоплением цитотоксических продуктов окисления [2], которое, в свою очередь, может усугублять состояние больного.

ВЫВОДЫ

1. При неосложненной форме желчнокаменной болезни повышается содержание продуктов перекисного окисления липидов в плазме.
2. Оперативное вмешательство резко интенсифицирует процессы перекисного окисления липидов в плазме больных.
3. Клиницистам следует обратить внимание на необходимость коррекции процессов перекисного окисления липидов у больных холециститом в раннем послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлакова Е. Б., Алесенко А. В. и соавт. Биоантиоксиданты в лучевом поражении и злокачественном росте. М., «Наука», 1975.— 2. Владимиров Ю. А., Арчаков А. И. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М., «Наука», 1972.— 3. Журавлев А. И., Журавлева А. И. Сверхслабое свечение сыворотки крови и его значение в комплексной диагностике. М., «Медицина», 1975.— 4. Шилина Н. К. Некоторые показатели перекисного окисления липидов и липидного состава печени при холециститах и экспериментальной печеночной недостаточности. Автореф. канд. дисс., Волгоград, 1973.— 5. Плацер З., Видлакова М., Кужела Л. Чехослов. мед. обозрение, 1970, 16, 1.— 6. Christophersen B. O. Biochim. biophys. Acta, 1968, 164.— 7. Horgan V. J., Philpot I. St. L. Internat. J. Rad. Biol., 1965, 8, 2.

Поступила 20 декабря 1977 г.

УДК 616—036.88—089—053.88

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Канд. мед. наук Г. А. Измайлов

Кафедра общей хирургии (зав.—проф. В. Г. Морозов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Проведен анализ историй болезни 745 умерших больных, страдавших различными хирургическими заболеваниями (возраст — от 50 до 94 лет). Оперирован 561 (75,3%) человек. Среди хирургических вмешательств первое место по

частоте занимали эксплоративные лапаротомии (10,9%), второе — аппендэктомии (9,89%). Послеоперационная летальность составила $8,76 \pm 0,85\%$. Основными причинами смертельного исхода являлись поздние обращаемость и госпитализация и несвоевременно проведенная операция. Необходимо шире ставить показания к превентивным операциям в плановом порядке.

Изучение госпитальной летальности дает возможность выявить слабые стороны современного хирургического и консервативного методов лечения больных старше 50 лет и наметить пути их совершенствования. Это имеет важное значение ввиду увеличения числа стационарных хирургических больных старших возрастов, высокого уровня летальности, а также отсутствия четких представлений о непосредственных причинах смерти [3, 5].

Общая госпитальная летальность, по нашим данным, составила 2,05% среди больных старше 50 лет — $4,46 \pm 0,38\%$ (128 из 2867 поступивших). В последние годы наметилась тенденция к уменьшению летальности среди лиц старшей возрастной группы: в 1966—1969 гг. она колебалась от 5,14 до 5,69%, а в 1970—1973 гг. была равна $4,06 \pm 0,21\%$. Это в некоторой степени связано с увеличением плановой госпитализации больных старше 50 лет, не требующих оперативных вмешательств.

Анализ историй болезни с протоколами аутопсий 745 умерших хирургических больных в возрасте от 50 до 94 лет, лечившихся в городских больницах Казани с 1966 по 1974 г. (табл. 1), показал, что в общем числе умерших преобладали мужчины (54,4%), но среди 70—89-летних было больше женщин (на 5%). Наибольшее число летальных исходов приходилось на весенние и осенние месяцы (60—78%), наименьшее — на зимние.

Таблица 1

Данные о возрасте и поле умерших хирургических больных старше 50 лет

Пол	Возрастные группы										Всего	
	50—59 лет		60—69 лет		70—79 лет		80—89 лет		90—94 года		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Мужчины . . .	131	17,6	158	21,2	84	11,3	30	4,0	2	0,3	405	54,4
Женщины . . .	63	8,5	125	16,8	115	15,4	37	4,9	—	—	340	45,6
Всего . . .	194	26,1	283	38,0	199	26,7	67	8,9	2	0,3	745	100

В структуре заболеваний (см. табл. 2) первое место занимали злокачественные новообразования (20,4%), доля которых с повышением возраста резко увеличивалась. Удельный вес подавляющего большинства заболеваний выше у мужчин, за исключением холецистита, ущемленных грыж и аппендицита, преимущественно зарегистрированных у женщин. Различные травмы (переломы костей, ушибы мозга, повреждение внутренних органов) отмечались чаще у мужчин.

Расширение диапазона оперативных вмешательств у больных старших возрастных групп является одной из причин повышения послеоперационной летальности в последние годы. По данным А. А. Иванченко за 1971 г., на 22262 операции у больных разных возрастов наблюдалось 2% послеоперационных осложнений и 1,8% летальности (ранее она равнялась 1,6%). Ф. Х. Кутушев и М. М. Карпов при анализе результатов лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями в 1974 г. по сравнению с 1972 г. выявили увеличение послеоперационной летальности при остром аппендиците с 0,3 до 0,5%, при непроходимости кишечника с 9,9 до 17,0%, при ущемленных грыжах с 7,2 до 8,1%, при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки с 5,2 до 7,3%.

Общая послеоперационная летальность среди наших пациентов равнялась 2,8% (162 из 5807 оперированных), а среди больных старше 50 лет — 8,2% (98 из 1188 оперированных). За последние 5 лет послеоперационная летальность среди пожилых снизилась на 1,01%, что объясняется в основном увеличением числа плановых хирургических вмешательств у этой группы больных и улучшением анестезиологического и реанимационного пособия.

Из 745 умерших оперирован 561 (75,3%) человек (выполнено 586 операций). Первое место (10,9%) занимали эксплоративные лапаротомии, произведенные в подавляющем большинстве (8,4%) по поводу злокачественных новообразований органов брюшной полости, что свидетельствует о неблагоприятности в диагностике этих заболеваний у лиц старших возрастов. При условном группировании оперативных пособий основная доля (39,7%) приходилась на вмешательства в связи с ургентной патологией органов живота.

Поздняя обращаемость и госпитализация, несвоевременно проведенная операция являлись факторами, способствующими высокой послеоперационной летальности в

Удельный вес различных заболеваний у умерших хирургических больных старше 50 лет

Наименование болезней	Мужчины		Женщины ¹	
	абс.	%	абс.	%
Злокачественные новообразования	82	11,0	70	9,4
Травмы	73	9,8	44	5,9
Сосудистые поражения	41	5,5	34	4,6
Язвенная болезнь	56	7,5	14	1,9
Холецистит	14	1,9	51	6,8
Кишечная непроходимость	35	4,7	29	3,9
Ущемление грыжи	18	2,4	29	3,9
Аппендицит	19	2,5	22	2,9
Гнойные заболевания	19	2,5	18	2,4
Заболевания мочеполовой системы	24	3,2	8	1,1
Панкреатит	8	1,1	10	1,3
Доброкачественные опухоли печени и поджелудочной железы	5	0,7	4	0,5
Прочие	11	1,5	7	0,9
Всего	405	54,4	340	45,6

¹ Различия между данными в группах мужчин и женщин в большинстве случаев статистически достоверны ($P < 0,05$).

экстренной хирургии. Прав П. Е. Бейлин в том, что летальность нельзя считать определяющим показателем хирургической деятельности стационара.

Свыше 60% наших больных с экстренными заболеваниями занимались самолечением на дому и за медицинской помощью обращались на 2-е сутки и позже. В первые 6 ч от начала заболевания были госпитализированы только 23,8%. Летальность среди поступивших в стационар позже 24 ч в 10,6 раза выше, чем у госпитализированных в более ранние сроки. При остром аппендиците, непроходимости кишечника, ущемленных грыжах каждый третий, а при остром холецистите — каждый второй больной поступал позже суток с момента заболевания.

Причинами поздней госпитализации и запоздалого оперативного пособия в 7,3% являлись диагностические ошибки на догоспитальном этапе, допускаемые врачами внебольничной сети, а также врачами стационара. 1,7% больных более 2 раз вызывали врачей скорой медицинской помощи, и те при осмотре находили возможным продолжить амбулаторное лечение. За последние 5 лет по данным приемного отделения нашей клиники отмечается возрастание частоты гипердиагностики острых абдоминальных хирургических заболеваний врачами неотложной медицинской помощи.

У 79,6% больных оперативные вмешательства были произведены позже 48 часов от начала заболевания; у 12,3% дооперационный диагноз был неточным. Нередко летальные исходы зависели от сопутствующих заболеваний, которые после операции становились доминирующими, или от осложнений основного процесса. Среди больных, страдающих сопутствующими хроническими заболеваниями, летальность увеличивалась в 1,2 раза.

Причинами послеоперационной летальности у 60,1% лиц послужили основные заболевания с прогрессированием патологии, у 35,7% — различные осложнения, из которых главенствующее место занимал перитонит, и у 4,2% — тяжелые сопутствующие страдания. Такие соотношения причин смерти объясняются оперативным вмешательством на поздних сроках, при развившихся осложнениях, которые и приводят к летальному исходу. У 1,17% лиц уже при поступлении в стационар была установлена критическая степень нарушений жизненно важных функций. У большинства умерших обнаружено несколько факторов, хотя они не всегда являлись у всех решающими в наступлении смерти.

Перитонит как причина смерти чаще всего наблюдался при операциях по поводу ущемленных грыж и странгуляций. Более чем у $\frac{3}{4}$ умерших после аппендэктомии причиной летального исхода были различные формы перитонита. После холецистэкто-

мый основной причиной смерти была печеночно-почечная и сердечно-сосудистая недостаточность (32,3%), развившаяся на фоне длительно протекавшего калькулезного холецистита с выраженными нарушениями функций печени. Затем следует перитонит (10,3%), холангит (8,4%), пневмония (7,6%), панкреонекроз (2,1%).

Смертельные исходы после экстренных и плановых операций на желудке в основном обусловлены перитонитом и легочными осложнениями; сердечно-сосудистые расстройства играли второстепенную роль. Острая дыхательная недостаточность как причина смерти чаще встречалась при операциях на легких и других органах грудной клетки при травмах, что указывает на несовершенство компенсации функции дыхания на фоне ограниченных в пожилом возрасте функциональных резервов дыхательной и сердечно-сосудистой систем. В хирургии травм костей причинами летальных исходов чаще всего служили сердечно-сосудистые расстройства.

Из осложнений, не являющихся основной причиной смерти, наиболее часто встречались парезы кишечника (3,6%), задержка мочи (2,9%), симптоматические психозы (1,7%), нагноение ран (1,7%).

Подготовка, предшествовавшая операции при urgentных заболеваниях, была кратковременной ($1,3 \pm 0,3$ ч) и заключалась, как правило, в введении наркотических анальгетиков и сердечно-сосудистых средств, что было явно недостаточно для корригирования нарушений, имеющихся у пожилых хирургических больных. Неполными и далекими от совершенства были и реанимационные мероприятия при терминальных состояниях.

Длительность операции у больных, впоследствии умерших, на $0,64 \pm 0,24$ ч превышала среднюю продолжительность всех вмешательств (в одном случае она достигла 8 (!) часов), что объясняется прежде всего тяжестью основного страдания и техническими трудностями, которые встречались у больных с осложненными формами заболевания. В послеоперационном периоде проводили массивные и частые введения сердечно-сосудистых средств и наркотических анальгетиков, продолжительные кислородные ингаляции.

ВЫВОДЫ

1. Общая госпитальная и послеоперационная летальность среди больных старше 50 лет остается относительно высокой. Чаще всего (39,7%) летальные исходы наблюдались после операций по поводу экстренных заболеваний органов живота. При плановых хирургических вмешательствах наибольшее число (8,4%) смертельных исходов зарегистрировано после эксплоративных лапаротомий.

2. К факторам, способствующим высокой послеоперационной летальности, относятся поздние обращаемость и госпитализация, ошибки в диагнозе, а также несвоевременное хирургическое вмешательство. Среди осложнений, являющихся непосредственными причинами летальных исходов при операциях на органах брюшной полости, главное место занимает перитонит.

3. Необходимо расширение показаний к превентивным операциям при грыжах, холециститах, язвенной болезни в плановом порядке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейлин П. С. Клин. хир., 1968, 1.— 2. Иванченко А. А. Там же, 1971, 8.— 3. Королев В. А., Смирнов Г. Н., Гагушин В. А. Казанский мед. ж., 1972, 3.— 4. Кутушев Ф. Х., Карпов М. М. Вестн. хир., 1974, 1.— 5. Сачук Н. Н., Минаева В. П. Сердце, сосуды и возраст. Киев, 1969.

Поступила 23 декабря 1976 г.

УДК 616.65—006.55—089.8

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Э. Н. Ситдыков, Р. Х. Галеев, Ф. А. Давлетшина,
Х. Г. Миннулин*

*Кафедра урологии (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. В урологической клинике КГМИ за последние 15 лет подвергнуто операции аденомэктомии 755 больных, из них 265 оперированы двухэтапно; у 490 чел. аденомэктомия произведена одномоментно, в том числе 14 больным потребовалась экстренная аденомэктомия, 45 — срочная, 32 выполнена отсроченная и 399 больным — плановая надлобковая аденомэктомия. На основании клинических наблюдений авторами разработаны показания к экстренной, срочной и отсроченной одномоментной позадилобковой аденомэктомии.