

ПРИЧИНЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ПУТИ ЕЕ СНИЖЕНИЯ

В. В. Вострокнутов, А. М. Артемьев, В. А. Ворончихин

(Ижевск)

За 1968—1972 гг. в хирургических стационарах Удмуртской АССР по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки оперировано 873 больных, умерло из них 48. Несмотря на то, что все районные больницы были укомплектованы хирургами, и вопросам дифференциальной диагностики «острого живота» уделялось много внимания, послеоперационная летальность при прободных гастродуоденальных язвах остается сравнительно высокой (5,5%).

Изучение 48 историй болезней умерших от прободной язвы больных позволило нам выделить основные причины летальных исходов.

Во-первых, у 34 из 48 больных на первом и последующих этапах обращения за медицинской помощью были допущены диагностические ошибки, оказавшие непосредственное влияние на сроки оперативного вмешательства. Позднее поступление больных в хирургический стационар — основная причина неудовлетворительных исходов оперативного лечения. В 1969 г. позже суток от начала заболевания доставлено в стационары 13,1% больных, послеоперационная летальность составила 7,2%; в 1971 г. при поздней госпитализации 1,1% послеоперационная летальность снизилась до 3,9%. Некоторые хирурги не используют в сомнительных случаях доступные методы исследования больных, в первую очередь обзорную или контрастную рентгеноскопию брюшной полости. У 2 больных диагноз прободной язвы желудка не был установлен при первой операции: у одного не обнаружено перфоративное отверстие, у другого состояние и оперативная картина были расценены как проявления острого аппендицита, и объем операции ограничен аппендэктомией. Повторные операции в условиях разлитого фибринозно-гнойного перитонита у обоих больных успеха не имели.

Во-вторых, при анализе анамнестических данных, отраженных в историях болезни дежурными врачами, выявлено две группы основных недостатков: а) поверхностный сбор сведений, отсутствие указаний на язвенный анамнез, первичную локализацию болей, распространенность и характер их, б) нелогичная оценка полученной путем опроса больного и физикального его обследования информации, несмотря на довольно определенные сведения в пользу перфоративной язвы (острое начало заболевания, предшествующие желудочные страдания, характерное для прободной язвы распространение болей в животе и т. д.). Подобная картина развития заболевания, даже с учетом напряжения мышц живота, по непонятным соображениям отдельными хирургами расценивалась как сомнительная с последующим различием протяженности периода динамического наблюдения и пропуском оптимальных сроков оперативного вмешательства. Целесообразность неотложной диагностической лапаротомии при неясном диагнозе у этих больных хирургами не оговаривалась. Следует также отметить, что за последние годы относительно чаще стали встречаться прободения язвы у лиц молодого возраста, не имевших язвенного анамнеза. У них, как правило, клинические проявления перфорации носили выраженный характер, позволявшие при первичном осмотре больных без сомнения ставить правильный диагноз.

В-третьих, у 12 из 48 больных, умерших после операции при явлениях разлитого перитонита, в недостаточном объеме, на наш взгляд, были проведены мероприятия по возмещению воды и солей в организме. Этим больным не вводили изотонических растворов перед операцией. И в послеоперационном периоде суммарное количество вводимых парентерально жидкостей не превышало 1 л в сутки. Как известно, при перитоните дефицит воды и электролитов наступает вследствие перехода жидкости в виде экссудатов из интерстициальной среды в брюшную полость, стенку кишечника и брыжейку. Усугубляют состояние больных явления паралитической непроходимости с соответствующими илеусу расстройствами водно-электролитного обмена.

В-четвертых, следует указать на технические погрешности, допущенные в ходе оперативного вмешательства. В основном они сводились к недостаточно тщательному санированию брюшной полости от излившегося в нее желудочного содержимого. В первую очередь, это являлось следствием несовершенного обезболивания, так как более половины операций было выполнено в условиях сельских районных больниц под местной инфильтрационной анестезией. Послеоперационное течение у этих больных осложнялось формированием межпетлевых или тазовых абсцессов или генерализацией воспалительного процесса в форме разлитого гнойно-фибринозного перитонита. В последние 5 лет хирургическое вмешательство при прободных гастродуоденальных язвах сводилось преимущественно к ушиванию прободного отверстия. Первичную резекцию желудка даже в хирургических клиниках производили у единичных больных. У 3 больных операции ушивания прободного отверстия закончились наложением контрапертур

в подвздошных областях с одной (у 2) и с двух (у 1 больного) сторон. Дренажное срединной лапаротомной раны осуществлено у 18 больных, 36 чел. реоперированы по поводу гнойных осложнений в брюшной полости.

Наконец, мы можем отметить одну заслуживающую пристального внимания особенность: при некотором росте населения Удмуртии к 1971 г. до 1,5 млн. чел. число плановых резекций по поводу язвенной болезни сократилось со 180 в 1968 г. до 146 в 1971 г. и составило 9,7 на 100 000 чел. населения; за этот же период число прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки возросло со 162 в 1968 г. до 181 в 1971 г. Приведенные цифры говорят о том, что органам здравоохранения республики предстоит углубленное изучение вопросов профилактики и лечения язвенной болезни с непосредственным участием терапевтов, хирургов и участковых врачей. Конкретно в этом плане следует говорить об эффективности диспансерной работы с больными язвенной болезнью, комиссионном отборе больных на плановое оперативное лечение, плановости проведения профилактических и оздоровительных мероприятий.

Поступила 29 октября 1973 г.

УДК 616.366—002:616—056.3

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХОЛЕЦИСТИТА

Проф. И. А. Салихов, Л. Х. Салахов

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав.—проф. И. С. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

С целью определения роли аллергического компонента в патогенезе острого и хронического холецистита нами проведены клинико-иммунобиологические и патоморфологические исследования. В качестве иммунобиологических тестов мы использовали реакцию пассивной гемагглютинации по Бойдену с тканевыми антигенами, реакции бласттрансформации, лейколиза и внутрикожные пробы с бактериальными аллергенами кишечной палочки, гемолитического стрептококка и стафилококка, протей мирабилис, синегнойной палочки и энтерококка, выпускаемыми Казанским НИИЭМ.

Под нашим наблюдением находилось 694 больных острым холециститом (мужчин — 117, женщин — 577). Более половины больных были старше 50 лет. Мы придерживались классификации форм холецистита, предложенной А. В. Гуляевым и А. В. Джавадяном (1962). С первичным приступом острого холецистита было 125 больных, со вторичным — 569. Боль в животе, являющаяся ведущим признаком острого холецистита, наблюдалась у 683 больных, отсутствовала только у 11. Рвота отмечена нами у 419 чел., напряжение мышц передней брюшной стенки — у 348, симптом Щеткина — Блюмберга — у 43; желчный пузырь пальпировался у 113. Количество лейкоцитов крови было на уровне 6500 у 115 больных, до 10 000 — у 250, до 15 000 — у 235; число нейтрофилов до 75 — у 210, до 80 — у 99, до 90 — у 195, свыше 90 — у 33. Палочкоядерный сдвиг до 8 и более обнаружен у 171 больного. У 87 чел. найдены желчные пигменты в моче, у 208 — уробилин. Амилаза в моче свыше 256 ед. выявлена у 30, 1024 ед. и больше — у 12. Увеличение активности амилазы в моче указывало на сочетанное поражение желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

78 больных были прооперированы. Показанием к срочной операции мы считаем острый холецистит с явлениями перитонита. Холециститиаз установлен у 53 больных, в сочетании с холедохолитиазом — у 13. Холецистэктомия произведена у 69 больных, холецистостомия — у 9, при этом катаральное изменение пузыря обнаружено у 20, флегмонозное — у 33, гангренозное — у 25. Операцию закончили наружным дренированием общего желчного протока у 20 чел., дренированием брюшной полости — у 58, а у 20 брюшная полость была ушита наглухо. В послеоперационном периоде больные, как правило, получали жидкости, антибиотики, сердечные и антигистаминные препараты и по показаниям — гормоны.

У 106 из 694 больных острый холецистит возник после заболеваний верхних дыхательных путей, гнойничковых заболеваний кожи и характеризовался тяжелым клиническим течением и значительными изменениями в стенке желчного пузыря (эозинофильная и лимфоидная инфильтрация, фибриноидный некроз стенок сосудов), которые трактуются многими авторами как наиболее частые морфологические проявления аллергического воспаления.

В контрольной группе из 102 чел. на внутрикожные пробы реагировали только 14. Из 106 больных холециститом положительные реакции выявлены у 76, чаще всего на аллергены гемолитического стрептококка — у 47 чел., кишечной палочки — у 41, стафилококка — у 32. С хроническим рецидивирующим холециститом было 60 больных, из них положительно реагировали 44. В группе больных острым холециститом пробы были поставлены 46 чел. До операции положительные реакции определены у 32 из них, после — у 28 ($P > 0,1$).