

веществ находится в прямой зависимости от их исходной концентрации: чем выше их содержание в крови, тем большей степени очищения последней удастся достичь.

Целесообразность применения в качестве сорбента угля БАУ в лечении этой группы больных представляется нам сомнительной — не установлено его влияния на содержание мочевины, билирубина.

Снятие эндогенной интоксикации приводило к значительному улучшению состояния всех больных с острой печеночно-почечной недостаточностью: у них уменьшалась слабость, сонливость, появлялся аппетит, постепенно исчезала желтуха, восстанавливался диурез, сокращались размеры печени, нормализовался биохимический состав крови.

Гемосорбцию углями БАУ, СКТ-6а мы применяли и в токсикогенной фазе острых отравлений барбитуратами, ФОС, суррогатами алкоголя с целью удаления яда из крови. Как показали сравнительные исследования, при отравлениях барбитуратами гемосорбция проявляет более выраженный детоксикационный эффект, чем гемодиализ.

При значительной гипотензии, как правило, не удается провести ранний гемодиализ. Меж тем нам удалось успешно осуществить у таких больных гемосорбцию, предварительно обработав уголь раствором норадреналина.

При лечении отравлений фосфорорганическими соединениями (хлорофосом, тиофосом) получен кратковременный детоксикационный эффект.

Гемосорбция всегда эффективна при алкогольных делириях и при делириях, развившихся на 2—3-и сутки у больных с отравлением ФОС (3 наблюдения).

Детоксикационная гемосорбция во время астматического статуса приводила к его купированию через 10—20 мин. К концу сорбции (40—60 мин) у больных вновь появлялся бронхоспазм, который легко снимался обычными бронхолитиками. Следовательно, гемосорбция может рассматриваться как метод купирования астматического состояния. Итак, метод лечения гемосорбцией относительно прост и безопасен для больных. В сочетании с другими лечебными мероприятиями гемосорбция может быть с успехом применена при отравлениях, острой печеночно-почечной недостаточности различной этиологии, интоксикационных психозах, астматическом статусе. Так как угли различных марок обладают неодинаковой сорбционной способностью, большое значение имеет дифференцированный их выбор.

Гемосорбция является перспективным видом лечения, но для широкого внедрения в клиническую практику требуется совместная научно-исследовательская работа химиков и медиков для создания более селективных углей. Дальнейшее расширение показаний к гемосорбции находится в зависимости от наличия в руках врача патогенетически достоверных тестов интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопухин Ю. М., Молоденков М. Н. Гемосорбция. Медицина, М., 1978.
2. Лужников Е. А., Ярославский А. А., Бектимиров Р. А. В сб.: Сорбционная детоксикация в клинической практике. М., 1979, 4—18.
3. Hagstam K. E. e. a. Acta med. Scand., 1966, 180, 17.

Поступила 4 марта 1980 г.

УДК 616.3—003.6—089.878

ТАКТИКА НАБЛЮДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Р. Ш. Шаймарданов, В. Н. Коробков

Курс неотложной хирургии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина (зав. — проф. О. С. Кочнев) на базе 5-й горбольницы (главврач — В. М. Айзенман)

Реферат. Обобщен опыт лечения 26 больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта различного вида. Предложена классификация инородных тел с учетом клинических проявлений. Разработаны практические рекомендации согласно предложенной классификации.

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт, инородные тела, классификация, лечение.

Библиография: 1 название.

Вопрос об инородных телах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) до настоящего времени не получил достаточного освещения в литературе. Так, не все авторы едины в том, что следует рассматривать как инородное тело ЖКТ. Б. Ф. Огнов (1931),

Ю. М. Лозовский (1956) к инородным телам относят предметы, которые не поддаются физиологическому воздействию пищеварительных желез, т. е. не перевариваются. Поэтому они считают инородными телами желчные, каловые и другие кишечные камни. Можно утверждать, что в ЖКТ постоянно имеются инородные тела, такие, как мелкие кости рыб и животных, семена и косточки плодов и ягод, зерна злаков и т. п., которые проходят через ЖКТ, практически не перевариваясь, но и не вызывая каких-либо расстройств. Клинициста интересуют инородные тела, пребывание которых в пищеварительном тракте потенциально опасно. Именно такие инородные тела являются объектом изучения для хирургов.

Предложено много классификаций инородных тел ЖКТ, в основу которых положены различные факторы. Практически приемлемой, на наш взгляд, является классификация Гулордава и соавт. (1969), учитывающая степень опасности инородных тел для здоровья. Согласно этой классификации различают: 1) инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых возможна (предметы с гладкими контурами длиной не более 10 см и шириной 2,5—3 см); 2) инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых сомнительна (незаостренные предметы длиной 10—15 см, а также все предметы с заостренными концами и зазубренными краями, длина которых не превышает 15 см); 3) инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых невозможна (предметы длиной более 15 см, конгломераты инородных тел и безоары).

Эта классификация проста и приемлема в клинической практике, но в ней, как и в других классификациях, не принимается во внимание клиническое течение этого патологического состояния. Между тем, как показал опыт, учет клинических проявлений прохождения инородного тела ЖКТ совершенно необходим.

Клинические проявления мы делим на 3 группы: 1) бессимптомное течение, 2) болевой синдром при отсутствии объективных клинических признаков; 3) болевой синдром и отчетливая, объективно выраженная клиническая симптоматика.

С 1970 по 1977 г. в клинику неотложной хирургии Казанского ГИДУВа поступило 26 больных с инородными телами ЖКТ. Из 6 больных, составивших 1-ю группу согласно классификации Гулордава, 3 не были госпитализированы. У 2 из них инородными телами ЖКТ были монеты, у 1 — металлический шарик; у всех троих никаких клинических проявлений не было. У 2 больных инородные тела (металлический шарик и монета) отошли самостоятельно через 2 дня, у одного — через 3 дня. Остальные трое больных госпитализированы в стационар. Инородными телами у них были металлический шуруп, откусенный конец термометра с ртутным наконечником и монета. Все они отошли самостоятельно естественным путем без каких-либо клинических проявлений. Всю эту группу больных составляли дети. На наш взгляд, если нет клинических проявлений, 1-я группа больных за редким исключением (ртусть) в госпитализации не нуждается.

Во 2-ю группу вошли 13 больных. У 12 из них инородными телами были швейные иглы, а у 1 — металлический гвоздь. 5 пациентов оперированы, у 8 инородные тела отошли самостоятельно. Сроки эвакуации иголок составили от 4 до 11 дней. Так как именно эта группа больных является спорной в отношении хирургической тактики и сроков наблюдения, приводим выписку из одной истории болезни.

И., 18 лет, поступила 18/IV 1970 г. Со слов больной, она случайно проглотила швейную иглу, которую держала в зубах. Никаких жалоб не предъявляет. При обзорной рентгенографии живота в проекции желудка видна швейная игла. За все время динамического наблюдения с рентгенологическим контролем никаких клинических проявлений не было. С 3 по 5-й день игла находилась в проекции 2-го поясничного позвонка без продвижения; отошла самостоятельно на 11-е сут.

Мы пришли к выводу, что у больных этой группы при наличии продвижения инородных тел и отсутствии клинических проявлений можно ограничиться динамическим наблюдением в течение 10—12 дней. В эти сроки инородные тела обычно отходят естественным путем.

У оперированных больных в этой группе основным показанием к хирургическому вмешательству было прекращение продвижения инородного тела по ЖКТ или появление клинической симптоматики. Больные оперированы в сроки от 5 до 19 дней со дня поступления. Приводим одно клиническое наблюдение.

Г., 16 лет, поступила 20/XI 1974 г. В день поступления случайно проглотила швейную иглу. При поступлении жалоб нет. На обзорной рентгенограмме в проекции желудка видна швейная игла. Через 2 дня появились умеренные боли в эпигастриальной области. При рентгенологическом контроле продвижения иглы не наблюдается. Больная оперирована 22/XI. Оказалось, что игла находится в салниковой сумке, прободает мезоколон и острым концом упирается в корень мезоколон. Места прокола в стенке желудка или каких-либо инфильтративных изменений не обнаружено.

У 4 больных этой группы игла находилась в свободной брюшной полости, в том числе у 3 — в салниковой сумке. Четвертая больная поступила в клинику с диагнозом острого холецистита, осложненного механической желтухой. После купирования острого приступа и обследования больная оперирована по поводу холелитиаза. На рентгенограммах брюшной полости в области левого крыла подвздошной кости определяется инородное тело. Во время холецистэктомии из брыжейки сигмы удалена швейная игла черного цвета, легко крошащаяся между пальцами. Больная не помнит, когда, при каких обстоятельствах проглотила иглу, последняя ничем себя не проявляла.

3-ю группу составили 7 больных. Все они доставлены из психиатрического стационара. Один из них поступил 5-й раз, ранее четырежды оперирован по поводу инородных тел ЖКТ. Инородными телами у больных этой группы были черенки от алюминиевых ложек, градусники, кусочки проволоки, крючки от сеток кроватей, кусочки клеенки и тканей. У 3 больных отмечено бессимптомное течение, у 4 наблюдались клинические проявления: у 3 — спастические боли в животе и у 1 — явления кишечной непроходимости. Все больные этой группы оперированы. Сроки операций — от 1 до 8 дней со дня поступления. Только одна больная оперирована по экстренным показаниям, так как у нее была диагностирована высокая кишечная непроходимость. Непроходимость создавал ущемленный кусок ткани и клеенки у трейцевой связки. У этой же больной имелись кусочки тканей в более низких отделах ЖКТ без признаков ущемления.

По нашим данным, даже конгломераты инородных тел имеют тенденцию к эвакуации, но полного отхождения их не отмечено. Несмотря на довольно длительную задержку (3—4 дня) инородных тел без продвижения в одном из отделов ЖКТ, перитонеальных осложнений не возникало.

На основании клинических наблюдений и анализа результатов оперативного лечения больных с инородными телами ЖКТ мы считаем целесообразным при определении показаний к консервативному и оперативному лечению придерживаться классификации Ш. А. Гулордава и А. И. Кафкина (1969) с учетом клинических проявлений прохождения инородных тел по ЖКТ.

1. Инородные тела, отхождение которых вероятно: а) с клинической симптоматикой, б) без клинической симптоматики.

2. Инородные тела, вероятность прохождения которых сомнительна:

а) без клинических проявлений,

б) с клиническими проявлениями.

3. Инородные тела, самопроизвольная эвакуация которых исключена:

а) без клинических проявлений,

б) с клиническими проявлениями.

Больных с инородными телами длиной не более 8—10 см и с гладкой поверхностью, если нет клинических проявлений, можно не госпитализировать, но они нуждаются во врачебном наблюдении в амбулаторных условиях с обязательным рентгенологическим контролем через 2—3 дня. При наличии клинической симптоматики больных этой группы необходимо госпитализировать.

Больные с инородными телами ЖКТ длиной более 10 см и с гладкой поверхностью, с инородными телами с заостренным концом или зазубренными краями длиной менее 10 см подлежат обязательной госпитализации с динамическим наблюдением и рентгенологическим контролем. Показаниями к операции у больных этой группы служит появление признаков осложнения в брюшной полости и отсутствие продвижения инородного тела в течение 3—4 дней.

Больных с инородными телами длиной более 15 см, конгломератами инородных тел и безоарами, которые, как правило, самостоятельно не отходят, следует оперировать без длительного наблюдения. В этой группе экстренному хирургическому лечению подлежат больные с клиническими проявлениями (боли, симптомы кишечной непроходимости, перитонеальные явления).

ЛИТЕРАТУРА

Гулордава Ш. А., Кафкин А. И. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Таллин, 1969.

Поступила 20 июня 1978 г.