

Д. М. Красильников, А. Д. Дзамуков, Р. В. Юнусов (Казань).
Странгуляционная кишечная непроходимость с обширным некрозом тонкого кишечника у больной старческого возраста

Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости крайне сложны, особенно у лиц пожилого и старческого возраста.

И., 90 лет, поступила в хирургическое отделение 14/IX 1980 г. в 21 ч с жалобами на сильные боли в животе постоянного характера, рвоту желчью, задержку стула, резкую слабость. Заболела внезапно 13/IX: в 9 ч. появились сильные схваткообразные боли в животе, рвота, резкая слабость. Со временем боли стали постоянными, не прекращалась рвота. В течение 36 ч до поступления в хирургическое отделение большую многократно осматривали врачи скорой помощи. В 1970 г. больная перенесла операцию по поводу гангренозного аппендицита. Подобный приступ отмечает впервые.

При поступлении состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, сухие. Цианоз губ, акроцианоз. Дыхание учащено до 25 в 1 мин, перкуторный звук над легкими по всем полям легочный. Дыхание усилено во всех отделах. Сердце: верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии; перкуторно определяется расширение границ на 2,5 см влево. Тоны аритмичные, 82—90 уд. в 1 мин. Во втором межреберье справа у грудины и на верхушке сердца систолический шум. Пульс альтернирующий, без дефицита. Живот резко вздут, неправильной формы, не участвует в акте дыхания. Справа контурируются кишечные петли. Перкуторно — тимпанит, перистальтика не выслушивается. При пальпации живот мягкий, резко болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Рег регитум отмечается нависание передней стенки прямой кишки, пальпация резко болезненная. Анализ крови: л. 6,4·10⁹ в 1 л, э.—0%, п.—14%, с.—72%, лимф.—6%, мон.—8%. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости выявляются множественные чаши Клойбера. Диагноз: спаечная кишечная непроходимость; разлитой перитонит.

После двухчасовой внутривенной инфузионной терапии (1,5 л кровезаменителей с комплексом медикаментозных средств, включая 1 мл 0,05% раствора строфантина) больная доставлена в операционную с АД 14/9,3 кПа и частотой сердечных сокращений 85 в 1 мин. Премедикация инъекцией 0,5 мг атропина не повлияла на гемодинамику. В результате введения 10 мг седуксена и 20 мг промедола у больной наступил сон с расслаблением жевательных и гортанных мышц, что позволило произвести интубацию трахеи без помощи миорелаксантов. При этом отмечено снижение АД до 12/6,7 кПа.

Произведена средне-срединная лапаротомия (Д. М. Красильников). В брюшной полости содержалось около 1 л геморрагического выпота. Значительная часть петель тонкого кишечника — черного цвета. При ревизии обнаружена шнуровидная спайка, плотным кольцом охватывающая тонкий кишечник и его брыжейку почти у самого корня. После новокаиновой блокады мезоколон неизменной части брыжейки тонкого кишечника спайка пересечена. Некроз тонкого кишечника распространялся на 1 м от трехцевой связки до слепой кишки. Произведена резекция 4 метров тонкого кишечника с наложением еюноцекоанастомоза бок в бок. Во время операции анальгезия поддерживалась фракционным введением фентанила, релаксация — с помощью малых доз тубокурарина, искусственная вентиляция легких осуществлялась кислородно-воздушной смесью аппаратным способом в режиме умеренной гипервентиляции с положительно нулевым давлением.

При вскрытии брюшной полости и ревизии петель тонкого кишечника отмечено снижение АД до 8/6,7 кПа, пульс стал нитевидным. В этот период вместе с внутривенным капельным вливанием изотонических растворов больной введены 125 мг гидрокортизона, 1 мл 0,06% раствора коргликона и 1 мл 0,2% раствора норадrenalина. Вслед за этим наступил непродолжительный подъем АД (максимальное значение достигло 20/12 кПа), сменившийся 30-минутным падением его почти до нулевого значения. Пульсация отмечалась только на сонных артериях. После резекции тонкого кишечника показатели гемодинамики стали постепенно улучшаться: АД стабилизировалось на уровне 16/10,7 кПа, пульс стал удовлетворительного наполнения, 80 уд. в 1 мин. Общая продолжительность операции и наркоза составила 2 ч 40 мин. Больная экстубирована в конце операции при полном восстановлении самостоятельного дыхания, проснулась после перевода в палату интенсивной терапии, боли не беспокоили в течение 8 ч. Нарушений диуреза не отмечалось.

В послеоперационном периоде у больной нормосистолическая форма мерцательной аритмии перешла в тахисистолию до 180 сердечных сокращений в 1 мин с дефицитом пульса 80—90. Появилась одышка, тяжесть в области сердца, АД 14,7/9,3—12/6,7 кПа. До появления признаков декомпенсации сердечной деятельности отменены строфантин и назначены дигоксин (0,0025), изоптин (0,04) и индерал (0,01) по 3 раза в сутки. В последующем, при повышении дозы индерала (больная за сутки получила 160 мг). В дальнейшем назначали поддерживающие дозы антиаритмических средств.

Рана зажила первичным натяжением. Стул 2 раза в сутки, полуоформленный. Пациентка выписана 23/IX 1980 г. Через месяц состояние удовлетворительное. Стул 2 раза в сутки, полуоформленный.

Настоящее наблюдение, по нашему мнению, интересно не только в отношении диагностики, — оно демонстрирует возможность нормального функционирования желудочно-кишечного тракта после обширных резекций кишечника у лиц преклонного возраста.

УДК 618.31—073.75

Е. М. Шитова, Т. А. Миронова, А. А. Лозовой (Пермь). Рентгенологический метод в диагностике эктопической беременности

Проведено рентгенологическое обследование 59 женщин с эктопической беременностью. У 44 из них (1-я группа) была трубная беременность в ампулярном отделе, у 8 (2-я группа) — неразвивающаяся беременность в добавочном роге матки (продолжительность беременности от 12 до 20 нед) и у 7 (3-я группа) — брюшная беременность (у 6 — вторичная на сроке от 16 до 24 нед и у 1 — первичная с наличием доношенного мертвого плода, находившегося в подпеченочной области). Диагноз брюшной беременности подтвержден путем рентгенологического исследования с использованием фракционной цервикогистеросальпингографии. В качестве контрастных средств применяли йодолипол, урографин, верографин.

Рентгенологические данные при описываемой патологии имели ряд характерных особенностей. При прервавшейся трубной беременности с большим постоянством определялась маточная труба ретортообразной формы, в ряде случаев в виде мешотчатого образования с нечеткими контурами и неравномерной контрастностью изображения за счет кровоизлияний и имбибиции тканей. Такая картина облегчала постановку диагноза, особенно при «хроническом прерывании беременности» по Л. С. Персианову. На основании результатов цервикогистеросальпингографии можно своевременно решить вопрос о показаниях к оперативному лечению. Не менее важен данный метод в диагностике неразвивающейся беременности в добавочном роге матки. На снимках видна тень почти неизменной полости матки и одной трубы. Рядом с маткой определяется скелет плода. Еще большую значимость указанный метод приобретает при брюшной беременности. На рентгенограмме контрастируется правильная тень значительно увеличенной матки с двумя маточными трубами. Наряду с этим отчетливо определяется скелет, значительно отдаленный от тени матки.

Все женщины прооперированы с благополучным исходом. Рентгенологическая диагностика помогает поставить правильный диагноз и своевременно установить необходимость оперативного вмешательства с целью удаления плода со всеми эмбриональными зачатками. Операция позволяет не только сохранить жизнь женщине, но и предупредить развитие экстремальных состояний.

УДК 613.2—099

М. И. Ращинский (Москва). Влияние плазмозаменителей на кислотно-основное равновесие и электролитный баланс у больных пищевыми токсикоинфекциями

Цель нашей работы состояла в изучении электролитного баланса и показателей кислотно-основного равновесия (КОР) при пищевых токсикоинфекциях (ПТИ) в зависимости от тяжести болезни и в оценке эффективности таких средств инфузионной терапии, как растворы квартасоли, трисоли и последовательное введение квартасоли и гемодеза.

Под наблюдением находился 121 больной в возрасте от 18 до 69 лет. Преобладали гастроэнтеритическая форма (105 больных), у остальных пациентов диагностированы гастритическая и гастроэнтероколитическая формы. Тяжелое течение ПТИ наблюдалось у 27 больных и среднетяжелое — у 94. От 14 больных выделены сальмонеллы групп В, С, Е, у остальных этиология ПТИ не уточнена. В контрольной группе было 20 практически здоровых лиц.

Заболевание у всех начиналось остро; 86,8% больных поступили в стационар в 1-е сутки болезни. При тяжелом течении вначале отмечались тошнота, боли в животе, затем присоединялись рвота и понос, нарастали признаки обезвоживания и инфекционно-токсического шока, наблюдался цианоз губ и акроцианоз, обморочное состояние, пониженный тургор кожи, гипотермия, судороги. Тоны сердца были глухими, пульс прощупывался с трудом, систолическое АД равнялось в среднем $10,1 \pm 0,7$ кПа, а у 10 больных определить его не представлялось возможным. Дыхание было частым, поверхностным; отмечалось нарушение выделительной функции почек — олиго- и анурия. При среднетяжелом течении болезни выраженность клинических симптомов была меньшей, рвота и жидкий стул до 10—15 раз, потери жидкости с испражнениями и рвотой не превышали 4—6% массы тела.