

1. Кретович В. П., Токарева Р. Р. Проблема пищевой неполноценности хлеба. М., Наука, 1978.—2. Левитан М. Х., Дубинин А. В. и др. Сов. мед., 1981, 8.—3. Ногаллер А. М., Луговой Г. В., Петрова З. А. Вопр. питания, 1955, 4.—4. Artwidson S. Acta chir. scand., 1964, Suppl.—5. Ritchie J. A. Gut., 1977, 12, 350.

Поступила 8 августа 1983 г.

УДК 616.345—07—089.8

ДИАГНОСТИКА И НЕОТЛОЖНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

О. С. Кочнев, И. А. Ким, В. Р. Хузиев

Кафедра неотложной хирургии (зав. — проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Частота закупорки кишечника относительно невелика (1,6—9,3%), однако у таких больных наблюдается наиболее высокая летальность — 38—52% [7]. Немаловажное значение для исхода оперативного лечения толстой кишки при неотложных состояниях имеет возраст больных. Часто с осложненными формами рака толстой кишки госпитализируют в экстренном порядке от 37,5 до 37,7% пациентов старше 60 лет [2, 10].

В нашей клинике с 1973 по 1981 г. находилось на лечении 110 больных (женщин — 56, мужчин — 54) с неотложными заболеваниями толстой кишки. Возраст пациентов колебался от 25 до 88 лет, у 60% из них составлял 50—60 лет. Всех больных доставили в экстренном порядке. Поводом для срочной госпитализации были острая obtурационная непроходимость (у 89) и кишечное кровотечение (у 21). Причинами непроходимости оказались злокачественная опухоль различных отделов толстой кишки (67), заворот сигмы (16), дивертикулит толстой кишки с выраженным воспалением слизистой (2), эрозивно-язвенный колит (4).

Опухоли локализовались в илеоцекальном углу (16), восходящем отделе толстой кишки (2), поперечной ободочной кишке (9), селезеночном углу толстой кишки (3), нисходящем отделе толстой кишки (2), ректосигмоидном отделе толстой кишки (28), в прямой кишке (6).

Анализ клинических наблюдений показывает позднюю обращаемость больных за медицинской помощью, особенно при опухолевой obtурационной непроходимости кишок. Так, из 67 пациентов с этим заболеванием в срок до 24 ч за медицинской помощью обратились лишь 4 человека. Но и они не были направлены в стационар, врачи порекомендовали им прием слабительных и проведение очистительных клизм. Поэтому все наблюдаемые нами больные были госпитализированы через 24 ч от начала заболевания. Больные же с заворотом сигмовидной кишки поступили в следующие сроки: до 6 ч — 6, до 12 ч — 6 и до 24 ч — 2 человека.

При тщательном анализе поздней госпитализации больных с опухолевой непроходимостью кишок по сравнению с заворотом сигмовидной кишки были выявлены следующие основные причины. Всех больных с заворотом сигмовидной кишки быстро доставляли в отделение неотложной хирургии из-за сильных болей, в то время как при опухолевой obtурации данный симптом был выражен незначительно. У 15 человек острая obtурация кишок наступила на фоне длительно (от 6 до 18 мес) протекающей кишечной непроходимости. Эти больные обратились за медицинской помощью из-за неэффективности самолечения, которым занимались ранее с помощью слабительных препаратов или очистительных клизм. Большинство из них неоднократно обращались до этого в поликлиники с жалобами на хроническую кишечную непроходимость. 30 из 67 пациентов вызвали бригаду скорой помощи на ранних сроках кишечной непроходимости, и все они были оставлены дома с рекомендацией принимать слабительные средства и проводить очистительные клизмы. Таким образом, неосведомленность больных о ранних признаках опухолевого процесса в кишечнике и необходимости обращения к врачу при диспептических расстройствах, отсутствие онкологической настороженности у врачей скорой

помощи и недооценка ими ранних симптомов опухолевого процесса в кишечнике привели к поздней госпитализации больных.

Следует особо отметить, что типичная клиника, характерная для других видов кишечной непроходимости, при опухолевой обтурации отсутствует. По данным ряда авторов [1, 6], острая непроходимость толстой кишки, вызванная опухолью, протекает по типу обтурационной, но менее бурно, чем при других видах механической непроходимости кишок.

Нами выявлены следующие особенности опухолевой обтурационной непроходимости кишок: а) наличие продромального синдрома в виде диспептических расстройств, проявляющихся запором и сменяющихся поносом со слизью и кровью (у 60), диспептические расстройства отсутствовали лишь у 7 из 67 больных; б) схваткообразные умеренно выраженные боли с урчанием кишечника (у 52); в) вздутие живота и неотхождение газов (у 67); г) асимметрия живота на сроках заболевания длительностью 3 — 4 сут (у 20); д) прощупывание опухоли на высоте непроходимости (у 8), после купирования явлений непроходимости у 12 из 15 больных также удалось пальпировать опухоль; е) наличие уровней жидкости в кишечнике — чаши Клойбера и «светлый живот» (у 52).

Диагностика острой обтурации кишечника на почве злокачественных опухолей считается трудной. По данным В. Г. Рябцева и соавт. (1982), до операции основное заболевание распознается лишь у 49,1% экстренно госпитализированных с осложненным раком ободочной кишки.

В диагностике острой обтурации толстой кишки большое значение имеют рентгеноконтрастные клизмы, которые дают характерную картину и уточняют локализацию опухоли [8, 12]. В отдельных случаях в диагностике помогают данные ректороманоскопии [1]. Высокоинформативны эндоскопические методы исследования, применение которых как в плановом, так и в экстренном порядке позволяет нередко не только устанавливать факт непроходимости, но и дифференцировать ее причину, а иногда способствует разрешению непроходимости [5]. Сочетание ирригоскопии и фиброколоноскопии является наиболее ценным диагностическим методом, с помощью которого удается с наибольшей достоверностью поставить диагноз [10].

Последние три года в клинике при подозрении на обтурационную кишечную непроходимость и кровотечение, кроме ирригоскопии, применяется экстренная фиброколоноскопия. Этим методом мы обследовали 28 больных, из которых у 10 констатирована опухолевая обтурация кишок, у 4 — заворот сигмы, у 2 — дивертикулез сигмовидной кишки, вызвавший кишечную непроходимость, у 6 — кровотечение из опухоли, у 2 — кровотечение при неспецифическом язвенном колите.

Всем больным с кишечным кровотечением была назначена консервативная гемостатическая терапия, остановившая кровотечение. Больным с обтурационной непроходимостью кишок вначале проводили консервативную терапию (паранефральная блокада, сифонные клизмы, инфузионная терапия, а при необходимости и форсированная дезинтоксикация), а при ее неэффективности в течение 2 — 4 ч — оперативное вмешательство. Консервативная терапия оказалась успешной у 15 из 67 больных с опухолевой обтурацией толстой кишки, неэффективной — у 16 больных с заворотом сигмовидной кишки. Срочная операция потребовалась у 68 из 110 экстренно госпитализированных, в том числе у 52 больных с опухолевой обтурацией кишок.

До настоящего времени в неотложной хирургии отсутствует унифицированная хирургическая тактика и не решен вопрос об объеме оперативного вмешательства при опухолевой обтурации толстой кишки. Спорным является и проблема радикального удаления опухоли на высоте кишечной непроходимости. Большинство исследователей [5 — 7, 11] рекомендуют многоэтапное оперативное вмешательство. Другими авторами [10] отмечено, что 5-летняя выживаемость наблюдается после одноэтапных операций чаще, чем при многоэтапных (46,7% и 33,3% соответственно). Более половины больных (55,6%), оперированных многоэтапно, умерли в сроки до 1 года от рецидивов и метастазов, тогда как среди перенесших одномоментную экстренную операцию умерших было значительно меньше (18,1%).

У экстренно оперированных больных на высоте обтурационной непроходимости мы выполняли радикальное удаление опухоли с формированием одноствольного ануса (28), различные виды разгрузочных свищей на толстой кишке без удаления опухоли (14), обходные анастомозы (10). Из 110 экстренно госпитализированных больных оперативному вмешательству были подвергнуты 103, в том числе в плановом порядке 35 пациентов. 7 человек не оперированы по различным причинам.

Послеоперационная летальность в группе экстренно оперированных больных на высоте обтурационной непроходимости составила 17,3%. Из 52 прооперированных

при радикальном удалении опухоли умерло 4 из 28, при наложении разгрузочных свищей — 2 из 14, при наложении обходных анастомозов — 3 из 10.

Анализ клинических наблюдений показывает, что послеоперационная летальность зависит не столько от радикальности удаления опухоли на высоте кишечной непроходимости, сколько от распространенности опухолевого процесса и исходного общего состояния больных. Результаты наших наблюдений согласуются с данными В. Г. Рябцева и соавт. (1982).

При удалении опухоли и наложении обходных анастомозов мы придерживались правил, рекомендованных П. Н. Петровым (1961), то есть соблюдали радикализм. С целью абластики и антиабластики при удалении опухоли применяли электронож, а обходные анастомозы накладывали только электрохирургическим асептическим методом [3, 4].

В последующем, после нормализации состояния у радикально оперированных, кишечный тракт был восстановлен у 18 пациентов на сроках от 2 до 3 мес. Остальных не оперировали по различным причинам. Из 12 выздоровевших больных, которым была осуществлена операция в виде разгрузочных свищей, радикально оперированы лишь 5 человек. Остальные пациенты оказались неоперабельными, хотя во время первой операции радикальное вмешательство казалось возможным. Из 6 выздоровевших после наложения илеотрансверзоанастомоза радикальное удаление опухоли удалось провести у 2 больных.

Таким образом, во время лапаротомии на высоте obtурационной непроходимости толстой кишки можно рекомендовать радикальное удаление опухоли при малейших к нему показаниях. Паллиативные операции без удаления опухоли следует проводить лишь в исключительных случаях — при общем тяжелом состоянии больных и наличии разлитого перитонита.

При явлениях острой obtурационной непроходимости кишок во всех случаях, на наш взгляд, показана лапаротомия, даже при точно известной локализации опухоли, obtурирующей просвет кишки, с целью устранения obtурации, а также для определения распространенности процесса и выявления других возможных патологических изменений.

Приводим выписку из истории болезни.

С., 72 лет, поступила в инфекционную больницу 2/V 1977 г. с жалобами на частый жидкий стул с примесью гноя, слизи и крови. Жалобы сохранялись до 8/V, затем больная стала отмечать неотхождение газа и отсутствие стула. Эти симптомы прогрессировали до 14/V. Больная была переведена в клинику с диагнозом «острая кишечная непроходимость».

При поступлении состояние тяжелое. Язык и кожные покровы сухие. Пульс — 110 уд. в 1 мин, АД — 13,3/8,0 кПа. Живот резко вздут, асимметричен, контурируются петли кишечника. Пальпация резко болезненна во всех отделах. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в нижних отделах живота. Ректально—зияние ампулы прямой кишки. Рентгенологически — множественные чаши Клойбера. Анализ крови — лейкоцитоз до $12,0 \cdot 10^9$ в 1 л.

Диагноз: острая obtурационная кишечная непроходимость. Через 4 ч после интенсивной предоперационной подготовки произведена операция. В брюшной полости, больше в малом тазу, серозный с геморрагическим оттенком выпот. Резко раздутые петли тонкой и толстой кишки. Обнаружена опухоль в ректосигмоидном отделе, полностью obtурирующая просвет кишки, размером 8×6 см с выраженной перифокальной инфильтрацией. К опухоли интимно припаяна и сращена петля тонкой кишки на расстоянии 80 см от илеоцекального угла. Приращенная к опухоли петля тонкой кишки образует «двустволку» с полной obtурацией просвета кишки. Произведена резекция ректосигмоидного отдела по Гарману с резекцией тонкого кишечника и формированием межкишечного анастомоза электрохирургическим асептическим способом. В брюшную полость установлен микроирригатор для подведения антибиотиков. Послеоперационное течение гладкое. Осмотрена через 4 года, практически здорова. От повторной операции отказалась.

Из 52 экстренно произведенных операций obtурационная сочетанная непроходимость тонкой и толстой кишок выявлена у 4 больных. Поэтому показанием для проведения лапаротомии и ревизии брюшной полости, по нашему мнению, является obtурационная кишечная непроходимость, которая нередко сочетается с другими видами механической кишечной непроходимости. Ни в коем случае нельзя ограничиваться так называемой минимальной операцией, то есть наложением разгрузочных свищей без лапаротомии и ревизии брюшной полости на высоте кишечной непроходимости. Паллиативные операции возможны лишь в исключительных случаях — при крайне тяжелом состоянии больного, запущенном случае, в старческом возрасте и др.

В заключение необходимо отметить, что в диагностике obtурационной опухолевой непроходимости кишок имеются определенные трудности, которые связаны с нети-

пичностью ее клинических проявлений по сравнению с другими видами механической непроходимости кишок. Ранняя диагностика данного вида непроходимости заключается в выявлении продромальных или ранних признаков опухолевой обтурации с привлечением рентгеноконтрастных и эндоскопических методов исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов М. Ф. В кн.: Грудная и неотложная хирургия. Горький, 1964.—
2. Кныш В. И., Ожиганов Е. Л. Хирургия, 1981, 11.—
3. Кочнев О. С. Хирургия неотложных заболеваний брюшной полости. Казань, 1980.—
4. Кочнев О. С., Ким И. А. и др. Хирургия, 1982, 12.—
5. Луцевич Э. В., Долгина О. А. и др. Там же, 1982, 8.—
6. Маят В. С. Там же, 1962, 7.—
7. Норенберг-Чарквиани А. Е. Острая непроходимость кишечника. М., Медицина, 1969.—
8. Петров В. И. Клинико-рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости. М., Медицина, 1964.—
9. Петров Н. Н. Руководство по общей онкологии. Л., 1961.—
10. Рябцев В. Г., Кобец В. А., Чакветатадзе Б. Н. Хирургия, 1982, 5.—
11. Холдин С. А. В кн.: Труды XXVI Всесоюзного съезда хирургов. М., 1956.—
12. Wangsteen O. H. Intestinal obstruction. Springfield, 1955.

Поступила 22 сентября 1983 г.

УДК 616.13—002—07:546.21

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ТКАНЯХ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОККЛЮЗИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

В. Н. Медведев

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Клиническая ценность определения напряжения кислорода в тканях в состоянии покоя у больных облитерирующими заболеваниями нижних конечностей до сих пор не установлена. В некоторых работах для выявления регионарной гипоксии показатели pO_2 не учитываются ввиду их значительных колебаний и отсутствия статистической достоверности [6, 14]. В других, напротив, приводятся доказательства прямой корреляции между глубиной поражения артерий и показателями pO_2 в покое. Исходя из этих данных, выделялись стадии регионарной гипоксии в динамике клинических проявлений болезни [2, 9].

В процессе адаптации тканей к хронической гипоксии принимают участие несколько приспособительных механизмов. Основными из них являются увеличение числа функционирующих капилляров и стойкое расширение микрососудов. Радиус перикапиллярного цилиндра, зависящий от количества функционирующих капилляров, соответственно уменьшается. Увеличение же этого радиуса вдвое снижает уровень pO_2 в ткани в четыре раза, что было установлено математическим анализом диффузии кислорода из капилляров [1].

Снижение внутрисосудистого давления при поражении артерий нижних конечностей сопровождается постепенным нарастанием глубины ишемии. Компенсаторное увеличение васкуляризации тканей было подтверждено морфологическими (инъекционными) исследованиями на ампутированных конечностях [3 а, б]. Используя метод «кожного окна» [7] и полярографии кислорода, мы проанализировали роль данного механизма в регуляции кислородного гомеостаза у больных с окклюзирующими поражениями артерий нижних конечностей.

Для полярографических исследований были изготовлены рабочие электроды из платины диаметром 0,1 мм. Длина рабочей части — 0,2—0,3 мм. Электроды были состарены электрохимическим и биологическим путем. Остаточный ток «0». В качестве электрода сравнения использовали хлорсеребряную пластину. Для подачи поляризующего напряжения, измерения силы диффузионного тока и его графической регистрации применяли универсальный полярограф ОН-105 (Венгрия). Выбор потенциала поляризации и калибровку электродов производили в полярографической ячейке. Введение рабочего электрода в ткань осуществляли через инъекционную иглу. Напряжение кислорода кожи нижних конечностей исследовали в области пер-