

А. В. Павлуни (Горький). Причины летальных исходов после операций у больных с врожденными и приобретенными нагноительными заболеваниями легких

Целью настоящей работы являлось изучение причин летальных исходов при операциях у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) в зависимости от характера заболевания, объема и особенностей оперативного вмешательства.

С 1971 по 1986 г. в клинике была выполнена 1751 операция у 1631 больного с ХНЗЛ. В госпитальные сроки от тяжелых послеоперационных осложнений умерли 70 (4,3%) человек. Среди умерших больных большинство составляли лица мужского пола (94,9%) в возрасте от 1,5 до 72 лет. Распределение по возрасту было следующим: до 16 лет — 4, от 17 до 50 лет — 48, старше 50 лет — 18. Длительность заболевания до операции у 38 больных не превышала одного года, у 17 — 2 лет, у 6 — 3—5, у 9 — более 5 лет.

Характер послеоперационных осложнений, закончившихся летальным исходом при различных ХНЗЛ

Осложнения	Основные заболевания						Всего
	Абсцессы	Гангрены	Эмпиемы	Бронхоэктазы	Хроническая пневмония	Кистозная гипоплазия	
Эмпиема плевры и бронхиальный свищ	19	3	—	2	1	—	26
Эмпиема плевры	1	1	—	3	—	—	5
Гангрена оставшейся части легкого	1	1	—	1	—	—	3
Гнойный перикардит	1	1	—	1	—	—	3
Гнойное расплавление культуры артерии	1	—	—	—	—	—	1
Сепсис	1	3	1	2	—	—	7
Нагноение раны	6	3	—	3	—	1	13
Послеоперационная пневмония	4	2	2	2	1	2	11
Кровотечение	8	4	2	2	—	1	17
Тромбоз верхней полой вены	1	1	—	1	—	—	3
Инфаркт-пневмония	1	—	—	—	—	—	1
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	8	4	1	2	—	1	16
Острая послеоперационная дыхательная недостаточность	3	—	1	3	—	1	8
Печеночно-почечная недостаточность	1	—	1	1	—	—	3
Ателектаз	1	—	—	1	—	—	2
Отек легкого	—	1	—	—	—	—	1
Пищеводно-плевральный свищ	1	—	—	—	—	—	1
Интоксикация, истощение	2	1	4	—	—	—	7

были предприняты у 120 больных, из них умерли 8 (6,7%).

Послеоперационные осложнения чаще возникают при резекции легкого на высоте обострения, в случае травматичности операции, массивной кровопотере во время операции и вскрытии гнойного очага. По нашим материалам, послеоперационные осложнения, в том числе гнойно-септические, возникли у 20,3% больных и у 4,3% из них стали причиной летальных исходов.

Летальные послеоперационные осложнения чаще наблюдаются у больных с тяжелым гнойным бронхолегочным процессом, трудно поддающимся консервативной подготовке на фоне сниженной иммунной защиты. Существенно влияют на возникновение летальных осложнений обострения перед операцией, объем оперативного вмешательства, травматичность,

Как видно из представленной таблицы, среди летальных послеоперационных осложнений ведущее место занимают гнойно-септические состояния. Отмечена прямая зависимость летальности от объема резекции легкого (без повторных операций). Чаще выполняли частичные резекции легкого (76,7% всех операций), поскольку расширение объема резекции (билобэктомия, пневмонэктомия) ведет к увеличению количества послеоперационных летальных осложнений. Пневмонэктомию как вынужденную операцию производили при распространенных гнойных процессах (гангрена легкого, множественные абсцессы, кистозная гипоплазия) и у одного больного с подозрением на рак легкого. Сохранение части легочной ткани препятствует в послеоперационном периоде скоплению крови и экссудата и уменьшает возможность инфицирования плеврального содержимого.

Повторные операции в связи с развитием ранних послеоперационных осложнений (внутриплевральное кровотечение, свернувшийся гемоторакс, недостаточность культи бронха, ателектаз оставшейся части легкого)

операционная кровопотеря и недостаточность гемоглобина, нарушение стерильности операционного поля в ходе операции, погрешности хирургической техники и анестезиологического обеспечения.

УДК 616.36 + 616.3661—001.5—089.8

И. С. Ильинский (Ижевск). Двухфазный разрыв печени и желчного пузыря

Закрытые повреждения печени встречаются редко и наблюдаются чаще у мужчин. Дооперационная диагностика их сложна, летальность высока. Повреждения печени часто обнаруживаются во время операции или на аутопсии. Учитывая редкость данной патологии и трудности диагностики, мы решили поделиться нашим наблюдением.

К., 70 лет, поступила в клинику 20.02.83 г. с жалобами на приступообразные боли в верхней части живота с иррадиацией в правое плечо и лопатку, на тошноту и затрудненное дыхание. Накануне вечером во время просмотра телепередачи почувствовала сильную боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Появились тошнота, слабость, головокружение. Сразу куда-то не обратилась, находилась дома, однако в связи с ухудшением состояния 20.02.83 г. машиной скорой помощи была доставлена в стационар. Из анамнеза выяснилось, что месяц назад больная падала на лед. До дома дошла самостоятельно. Боли, возникшие в правом подреберье, держались два дня и прекратились. Чувствовала себя хорошо, продолжала выполнять домашнюю работу. В прошлом перенесла пневмонию, заболевания печени и сердца, страдает гипертонической болезнью.

Объективно: больная в сознании, правильного телосложения, повышенной упитанности, кожные покровы бледные, выражен акроцианоз. Дыхание везикулярное, ослабленное, единичные сухие хрипы с обеих сторон, шум трения плевры сзади справа. Тоны сердца глухие. Пульс — 80 в 1 мин, ритмичный. АД — 22,6/14,6 кПа. Язык влажный, обложен грязно-бурым налетом. Живот вздут, болезнен во всех отделах, особенно в правом подреберье и эпигастральной области, напряжен. Симптомы Шеткина—Блюмберга, Ортнера, Образцова положительные; симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пропаляпировать печень и желчный пузырь не удается из-за болезненности и напряжения мышц. Отмечается пастозность на обеих голенях. Стула не было. Мочиспускание не затруднено.

Анализ крови: Hb — 2,05 ммоль/л, л. — 14,6 · 10⁹/л, э. — 3%, п. — 1%, с. — 67%, лимф. — 22%, мон. — 7%; СОЭ — 8 мм/ч. Анализ мочи: отн. пл. — 1,030, л. — 7—8, эр. — 2—3 в поле зрения, активность амиллазы — 256 ед. по Вольгемуту. Температура — 36,0°.

Сделана обзорная рентгеноскопия брюшной полости: свободного газа не обнаружено. На ЭКГ—синусовый ритм, нарушенный предсердными экстрасистолами; электроось сердца не отклонена, промежуточная позиция, дистрофические изменения в миокарде. Больная консультирована терапевтом. Диагноз: острый холецистопанкреатит, подозрение на панкреонекроз и тромбоз верхнебрыжеечной артерии, атеросклероз, кардиосклероз, эмфизема легких II ст., хроническая ишемическая болезнь сердца II ст., гипертоническая болезнь II ст.

Были выполнены двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада, инфузионная корригирующая терапия (5% раствор глюкозы, гемодез, аминокaproновая кислота, 0,25% раствор новокаина и др.), осуществлялось постоянное наблюдение под контролем повторных анализов крови и мочи.

Несмотря на проведение мероприятия, состояние больной оставалось прежним; более того, появились затруднение и болезненность при изменении положения тела. Через 2 ч состояние ухудшилось. Усилились боли в правом подреберье, особенно выраженные в области желчного пузыря. Живот вздут, напряжен, симптомы раздражения брюшины положительные. Стула нет. В связи с ухудшением

состояния больной, прогрессированием симптоматики, наличием положительных симптомов раздражения брюшины было решено произвести лапаротомию.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединальная лапаротомия. При вскрытии брюшины выделилось до 1,5 л темной со густками и примесью желчи крови, поступающей из эпигастральной области и правого подреберья. Кровь удалена. При ревизии печень выступает из-под правого подреберья на 7 см, темно-вишневого цвета, с очагами кровоизлияний. В области квадратной доли на нижней ее поверхности имеются две дугообразные раны, окаймляющие ложе желчного пузыря, размерами 7×2 и 6×2 см с неровными истонченными краями. Дно желчного пузыря с частью ткани печени оторвано, а в области, примыкающей к печени, после разделения спаек и отсечения сальника был обнаружен дефект стенки размером 5×4 см, через который виднелись густки крови плотной консистенции. Такие же густки заполняли раны печени, были они и под истонченной капсулой нижней поверхности печени. В боковых фланках и подвздошных областях выявлено до 300 мл темной жидкой крови, которая вместе со густками удалена. Со стороны желудка, поджелудочной железы и кишечника патологии не найдено.

Произведено субсерозное удаление желчного пузыря с перевязкой пузырных артерий и протока. Конкрементов в общем желчном протоке не выявлено. На раны печени наложены П-образные кетгутные швы. Брюшная полость промыта теплым раствором фурацилина в разведении 1:5000 и осушена с помощью электроотсоса. К ложу пузыря подвешены марлевый тампон и резиновая трубка, выведенные через отдельную рану в области правого подреберья. Сделаны контрапертуры в подвздошных областях, через которые установлены резиновые трубки для дренирования. В брыжейку тонкой кишки влито 150 мл 0,25% раствора новокаина. Операционная рана ушита послойно, наглухо.

Желчный пузырь размерами 8×4 см темно-вишневого цвета содержал 29 камней величиной от 0,5×0,5 см до 1×1 см. При гистологическом исследовании диагностирован флегмонозно-гангренозный холецистит.

Клинический диагноз: «двухфазный» разрыв печени и желчного пузыря, флегмонозно-гангренозный холецистит, местный перитонит, хроническая болезнь сердца II ст., эмфизема легких, гипертоническая болезнь II ст.

Послеоперационный период протекал тяжело. Наблюдались вялость, адинамия, заторможенность сознания, слабость, одышка, акроцианоз. В легких выслушивались сухие и единичные влажные хрипы; имели место тахикардия, парез кишечника.

После протившоковой, дезинтоксикационной и антибактериальной терапии состояние больной стало удовлетворительным, были ликвидированы тахикардия, одышка, парез кишечника. Дренажи удалены на 6—8-е сутки, швы сняты на 10-е сутки; раны зажили первичным натяжением. Выписана под амбулаторное наблюдение на 30-й день.

Осмотрена через 2,5 года. Состояние удовлетворительное. Жалобы на одышку, незначи-

тельные периодические боли в эпигастральной области и в правом подреберьи. Живот мягкий, безболезненный, активно участвует в акте дыхания, печень слегка выступает из-под правого подреберья, безболезненная. Послеоперационный рубец линейный, мягкий, безболезненный.

УДК 618.1—06:616.981.25—073.173

Д. Ф. Костючек, Э. В. Баграмянцев (Ленинград). Интегральная реография тела в комплексной диагностике сепсиса у гинекологических больных

Мы применили интегральную реографию тела (ИРГТ) для оценки центральной гемодинамики у 10 больных с акушерско-гинекологическим сепсисом. У 8 женщин сепсис развивался вследствие внеблочного инфицированного аборта при сроках беременности от 7 до 26 нед, у 2 — как осложнение после гинекологической операции. Септицемия была у 7 больных, септикопиемия — у 3, септический шок — у 2, причем у одной больной он осложнился острой почечной недостаточностью; перитонит диагностирован у одной женщины.

В результате раздельного анализа параметров ИРГТ у больных выявлены следующие закономерности: 1) значительное увеличение сердечного и ударного индексов, коэффициента дыхательных изменений и с односторонним возрастанием коэффициента резерва, что свидетельствовало о глубоких нарушениях функции дыхания (у 5 больных имели место тахипноэ от 22 до 38 в 1 мин с акроцианозом и рентгенологические изменения в легких); 2) снижение ударного и сердечного индексов, коэффициента резерва в 1,5—2 раза (у 2 больных) при крайне тяжелом состоянии, что указывало на декомпенсацию сердечной деятельности вследствие токсического поражения миокарда при сепсисе; 3) снижение коэффициента интегральной тоничности в среднем на 15,4% ($64,5 \pm 0,1$ при норме $76,2 \pm 0,3$); 4) увеличение минутного объема кровообращения в 1,5—3 раза (у 8), что следует расценивать как фактор гипердинамической реакции при сепсисе вследствие повышения тканевой потребности в кислороде и гипертермии тела; 5) наличие легочной гипертензии в виде появления дополнительной пресистолической волны (у 4) и ее корреляция с коэффициентом дыхательных изменений, что является плохим прогностическим признаком и указывает на глубокие расстройства функции дыхания; трое из 4 больных с легочной гипертензией погибли при явлениях нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Лишь раннее применение искусственной вентиляции легких под положительным давлением, а также использование всего комплекса интенсивной терапии, включая удаление очага инфекции, гипербарическую оксигенацию, гемосорбцию, ультрафиолетовое облучение крови, помогло сохранить жизнь одной больной; 6) наличие токсического влияния на миокард инфекционного процесса; о нем судили по показателю стабильности тонуса: у 7 больных он превышал нормальную величину в 1,3—1,5 раза, коррелируя с данными ЭКГ (токсическое поражение миокарда, дистрофические изменения, нарушения питания сердечной мышцы).

Наибольшие трудности представляет ранняя диагностика септического шока. Для каждой больной с сепсисом даже на фоне проводимой интенсивной терапии существует реальная опасность развития септического шока. Видимая гипердинамическая фаза септического шока — явление вторичное, ей предшествуют глубокие тканевые нарушения окислительных-восстановительных процессов.

Следовательно, по динамике наиболее информативных показателей интегральной реографии тела, таких как увеличение коэффициента дыхательных изменений, показателя стабильности тонуса при стабильно сниженном коэффициенте интегральной тоничности и тенденции к тахикардии, тахипноэ, гипотонии, в совокупности с общепринятыми методами диагностики, можно выявлять ранние симптомы септического шока и своевременно решать вопрос о хирургическом лечении.

УДК 616.61—002.3—06:616.12—008.331.1—072

Н. Н. Крюков (Куйбышев). Эхокардиографическая оценка хронического пиелонефрита с артериальной гипертензией и без нее

Изучали состояние кардиогемодинамики у больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией и без нее по данным эхокардиографического исследования (ЭхоКГ).

Обследовано 149 больных хроническим пиелонефритом в возрасте от 17 до 70 лет (мужчин—51, женщин—98). Средний возраст больных составил 43,9 года. С синдромом артериальной гипертензии было 90 пациентов, без него—59. В контрольную группу вошли 32 здоровых человека. Больные хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией в зависимости от характера течения гипертонии были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли лица с мягкой формой артериальной гипертензии (35), во 2-ю — со стабильной (46) и в 3-ю — со злокачественной (9) формой заболевания.

Важнейшим объективным показателем, характеризующим различные стороны синдрома артериальной гипертензии, является гипертрофия левого желудочка. Поэтому проведен анализ 6 основных эхокардиографических параметров по отношению к синдрому гипертрофии левого желудочка. Оказалось, что у больных хроническим пиелонефритом с артериальной гипертензией мягкой формы нормальные конечные диастолический и систолический размеры без гипертрофии левого желудочка регистрировались в 42,8% случаев, а при различных типах гипертрофии — лишь в 14,3%. Сердечный выброс был нормальным или повышенным почти в одинаковом проценте случаев у лиц с гипертрофией левого желудочка и без нее. Сократительная функция миокарда левого желудочка сохранялась удовлетворительной у 60% больных рассматриваемой группы, при этом у 20% с гипертрофией левого желудочка.

При стабильном течении хронического пиелонефрита с артериальной гипертензией в большинстве случаев гипертрофия левого желудочка сочеталась с увеличенными конечными диастолическим и систолическим размерами. У каждого третьего больного констатирована