

В кн.: Клиническая онкоурология. М., Медицина, 1975. — 4. Пытель А. Я., Рябинский В. С., Родоман В. Е. Новые методы выявления пиурии при пиелонефрите. М., Медицина, 1968. — 5. Пытель Ю. А., Шапиро С. Б. Лаб. дело, 1970, 7. — 6. Самсонов В. А. Опухоли мочевого пузыря. М., Медицина, 1978. — 7. Нейчев С. Клиническая микробиология. София, «Медицина и физкультура», 1977.

Поступила 23 января 1979 г.

УДК 616.61/62—089:617—022—084

О ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

Доц. Ю. А. Башков, А. Л. Захаров

Курс онкологии (зав.— доц. Ю. А. Башков) Ижевского медицинского института, Удмуртский республиканский онкологический диспансер (главврач — заслуж. врач УАССР Е. А. Кучурин)

Реферат. Для предупреждения инфекции мочевыводящих путей и ускорения восстановления функции мочевого пузыря после операций на органах малого таза по поводу онкологических заболеваний у 32 больных применено проточное ритмичное орошение мочевого пузыря раствором фурациллина с помощью системы Монро. Ни у одного из больных не возникло инфекции мочевыводящих путей, в короткие сроки восстановилась функция мочевого пузыря. У 3 больных проточное орошение было предпринято с лечебной целью — достигнут хороший результат.

Ключевые слова: пангистерэктомия, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, профилактика инфекции мочевыводящих путей.

1 иллюстрация.

Операции, выполняемые по поводу злокачественных новообразований органов малого таза, сопровождаются существенным нарушением иннервации и кровоснабжения мочевого пузыря в результате сепаровки прилежащих тканей, последующего отека или воспаления их. Эти причины, равно как и рефлекторное влияние, особенно со стороны промежностной раны, на мочевой пузырь приводят к послеоперационной задержке мочи у 25—50% оперированных больных, что вызывает необходимость искусственного опорожнения мочевого пузыря. Повторная его катетеризация чревата развитием цистита и распространением инфекции на верхние мочевые пути. Введение постоянного катетера на 3—5—8 сут не устраняет опасности инфицирования мочевыводящих путей и в то же время задерживает восстановление нормальной функции мочевого пузыря в связи с выключением на этот период пузырного рефлекса.

Наши наблюдения подтверждают частое нарушение мочеиспускания после операции пангистерэктомии или экстирпации матки (35—40%), после брюшно-промежностного удаления прямой кишки, особенно у мужчин (у каждого второго — третьего больного).

С целью профилактики воспалительных осложнений в мочевыводящих путях мы применяли эндовезикальное проточное орошение мочевого пузыря раствором фурациллина 1 : 5000 путем присоединения к введенному в мочевой пузырь катетеру специальной капельной системы, предложенной канадским хирургом Монро. Она предусматривает возможность автоматического ритмичного заполнения пузыря смесью мочи больного и вводимого в пузырь раствора антисептика с последующим самостоятельным опорожнением пузыря по достижении в нем давления в 150—180 мм вод. ст., которое соответствует обычному давлению, вызывающему позыв на мочеиспускание. Величина заданного максимума внутрипузырного давления определяется высотой петли отводящего колена системы (см. рис.). Этот уровень должен быть уменьшен, если больной или больная ощущает излишнее наполнение пузыря, вызывающее болезненность и ранний позыв к его опорожнению. Уменьшать высоту петли ниже 120 мм нам не приходилось. При скорости введения жидкости 12—15 капель в минуту в сутки бывает достаточно 500—600 мл раствора.

Ежедневное взятие мочи для анализа осуществляется путем простого отсоединения системы от катетера и сбора выделяющейся после опорожнения пузыря мочи в течение 1—1,5 ч в отдельную емкость. Затем систему вновь соединяют с катетером.

Обращаем особое внимание на одну «мелочь»: обязательно должен быть обеспечен доступ воздуха в полость фильтра-капельницы (иначе невозможно правильное

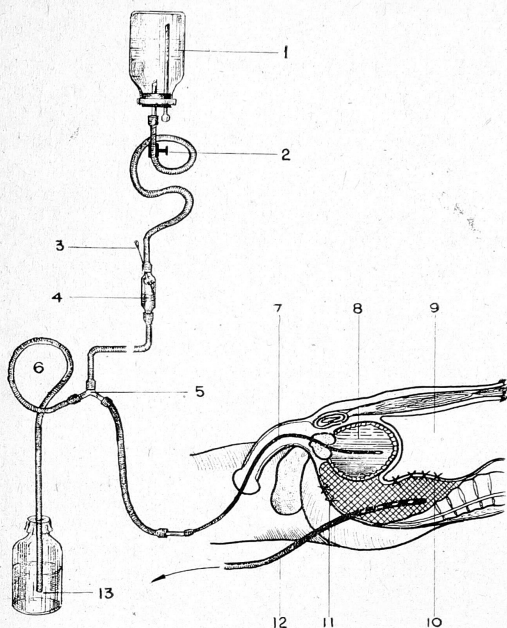


Схема установки дренирующей системы после экстирпации прямой кишки:

1 — емкость с раствором Фурациллина 1:5000; 2 — зажим-регулятор; 3 — игла; 4 — фильтр-капельница; 5 — тройник (на уровне лона); 6 — петля (высота петли 15—18 см); 7 — катетер; 8 — мочевого пузыря; 9 — брюшина; 10 — швы на тазовой брюшине; 11 — швы на промежностной ране; 12 — дренажная трубка в полость, образовавшаяся после удаления прямой кишки (активная аспирация); 13 — емкость для сбора мочи и антисептического раствора.

Еще через несколько дней исчезла пиурия, а затем перестал определяться белок в моче, уменьшился лейкоцитоз и СОЭ. Улучшение состояния больной дало возможность назначить облечение метастатического очага и провести химиогормонотерапию. Через 3 недели выработался спинальный автоматизм в опорожнении мочевого пузыря. Больная стала ощущать наполнение мочевого пузыря и момент его опорожнения. Система Монро отключена. Симптоматическое лечение продолжено в домашних условиях.

На всем протяжении применения системы ежедневно и на 3, 5, 10-й дни после ее отключения больным проводили общий анализ мочи. Система не служила препятствием для раннего вставания больных или проведения им лечебной гимнастики. В любой момент можно соединить систему, наложив зажим на резиновую трубку и опустив катетер на время в какую-либо посуду или временно пережав. Но как только больной ложился в постель, систему подсоединяли вновь. Кстати, получив несложный инструктаж, больные могут делать это самостоятельно, без участия медицинского персонала.

Ни у одного из больных, у которых была применена система Монро, не возникло цистита либо иного осложнения в мочевыводящих путях. Правда, у 2 больных после удаления катетера наблюдались явления умеренной дизурии на протяжении 1 и 2-х сут, однако в моче у них патологических примесей не обнаружено, как и у остальных пациентов данной группы.

Наряду с этим изучение историй болезни 32 больных того же контингента, оперированных непосредственно до использования описываемой методики, показало, что у 14 из них возникла послеоперационная ишурия, потребовавшая повторных катетеризаций мочевого пузыря в течение 2—5 дней, и более чем у половины из них (8 человек) развился цистит с ярко выраженной клинической картиной, наличием большого количества лейкоцитов в моче, протеинурией, микрогематурией.

функционирование системы). Для этой цели используют инъекционную иглу с изогнутым концом, прокалывая ею резиновую трубку и проводя через патрубок стеклянной капельницы в ее полость. Если система смонтирована с пластмассовой капельницей, введение иглы в последнюю тем более не составляет труда. Игнорирование именно этого «пустяка» вызывает разочарование у тех хирургов, которые пытаются применить систему Монро и не могут наладить ее нормальной работы.

Мы провели постоянное ритмичное орошение мочевого пузыря слабым раствором фурациллина с профилактической целью у 32 больных в возрасте от 19 до 73 лет. У 20 из них произведена пангистерэктомия, у 12 — брюшино-промежностная экстирпация прямой кишки по поводу ракового поражения последней. Кроме того, как лечебное мероприятие в борьбе с восходящей мочевой инфекцией, развившейся в связи с многократной катетеризацией пузыря, эндовезикальное орошение проведено 3 больным.

Одна из них поступила в стационар уросписса из другого лечебного учреждения с нижней параплегией и нарушением функций тазовых органов на почве метастаза рака молочной железы в спинной мозг. Уже через 2 суток после подключения системы Монро у больной критически упала почти до нормы державшаяся в течение 2 недель интермиттирующая температура, прекратились ознобы, появился аппетит.

ВЫВОДЫ

1. Применение ритмичного орошения мочевого пузыря раствором слабого антисептика с помощью системы Монро у больных, оперированных по поводу рака прямой кишки и внутренних женских половых органов, является мероприятием, предупреждающим длительное расстройство мочеиспускания и инфекцию мочевыводящих путей.

2. Методику дренирования мочевого пузыря с ритмичным орошением его слизистой антисептическим раствором целесообразно также использовать в лечебных целях у больных с нарушением мочеиспускания, осложненным мочевого инфекцией.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 616.91:616.61 — 008.64 — 005

ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И КЛИНИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Т. А. Башкирев

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии

Реферат. Изучены клинические проявления ГЛПС у 1887 больных — 1717 мужчин и 170 женщин. Легкая форма болезни констатирована у 33,6% больных, среднетяжелая — у 46,8%, тяжелая — у 17,3%, крайне тяжелая с летальным исходом — у 2,3%.

Ключевые слова: геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, патогенез, клиника.

2 таблицы. Библиография: 2 названия.

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) — природноочаговый зооноз вирусной этиологии. На территории Среднего Поволжья (Татарская, Марийская, Чувашская, Мордовская, Удмуртская АССР, Кировская, Ульяновская, Куйбышевская, Пензенская области) и Приуралья (Башкирская АССР, Оренбургская, Свердловская, Пермская области) природные очаги этой болезни зарегистрированы во многих районах. В ландшафтном отношении они приурочены к южной таежной подзоне, к зоне смешанных и широколиственных лесов и лесостепной зоне, где носителями вируса ГЛПС и источником инфекции являются грызуны, главным образом рыжие полевки.

В регионе Среднего Поволжья с 1952 по 1977 г. нами изучена клиника ГЛПС у 1887 больных — 1717 мужчин и 170 женщин (91% и 9% соответственно) в возрасте от 5 до 60 лет и старше. 58,7% заболевших составили мужчины цветущего возраста, что объясняется большим риском заражения в связи с производственной деятельностью.

В механизме заражения, по нашим наблюдениям, ведущим является воздушно-пылевой путь; возможно также внедрение вируса ГЛПС алиментарным путем и перкутанно.

Длительность инкубационного периода варьирует от 1 до 5 нед, в среднем составляет 17 дней. Продромальный период наблюдается при легких формах болезни у 16,5% больных, при среднетяжелых — у 25%, при тяжелых — у 16%. Клиническое проявление болезни и исходы были одинаковыми как у мужчин, так и у женщин. Легкая форма болезни наблюдалась у 33,6% больных, среднетяжелая — у 46,8%, тяжелая — у 17,3%, крайне тяжелая с летальным исходом — у 2,3%. Летальность оказалась наиболее низкой (0,8%) в группе больных от 20 до 29 лет и наиболее высокой (10%) — в группе больных старше 50 лет.

Как показано в табл. 1, до 5-го дня болезни летальных исходов не было; начиная с 5-го дня (по 9-й) 14 из 50 умерших погибли от инфекционно-токсического шока. Его развитию предшествовала характерная для ГЛПС начальная фаза инфекционного токсикоза: озноб, гипертермия, головная боль, миалгии, общая слабость, заторможенность. В ряде случаев уже с первых дней появлялась рвота, боли в животе и пояснице.

Клиника шока развивалась после падения температуры (4—7-й дни болезни) с появлением геморрагического синдрома: петехиальной сыпи и экхимозов, положительного симптома щипка, энантемы, гематурии, высокой альбуминурии, олигурии или анурии, носовых кровотечений, кровоизлияний в склеры, кровавой рвоты, инот-