

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТОВ

А. Ф. Яковлев

Госпитальная хирургическая клиника (зав.—проф. А. И. Зверев). Ижевского медицинского института и 2-я городская клиническая больница (главврач — В. А. Ус)

В госпитальной хирургической клинике и поликлинике 2-й клинической больницы с июля 1962 г. нами обследовано 165 больных хроническим простатитом в возрасте от 18 до 72 лет и для сравнения — 30 чел., не болевших простатитом. Работоспособных и активных в отношении половой жизни мужчин (21—45 лет) было 113 (68,48%). В период угасания деятельности половых желез (в возрасте 51—65 лет) вновь отмечено увеличение заболеваемости хроническим простатитом.

Среди предрасполагающих причин воспаления предстательной железы у 55 больных были гонорея и другие заболевания уретры, а также половые извращения. Длительное охлаждение, часто связанное с алкогольным опьянением, отмечено у 20 больных. Длительные запоры, геморрой предшествовали хроническому простатиту у 9 больных. У 80 больных предрасполагающая причина простатита не установлена.

После массажа предстательной железы получен сок только у 21 из 30 чел., не болевших простатитом. Микроскопическая картина сока соответствовала описанной М. П. Залканом и Р. М. Фронштейном. Подсчитать лейкоцитарную формулу из-за малочисленности имеющихся в соке форменных элементов не представилось возможным. Следует согласиться с мнением М. Б. Ливерца и Н. А. Селицкого, что лейкоцитарной формулы для нормального простатического сока не существует.

У всех 165 больных хроническим простатитом в соке предстательной железы кроме нормальных клеток простаты находили глыбчатый распад эпителия простаты, единичные лецитиновые зерна (не всегда), довольно часто слоистые тельца и повышенное количество лейкоцитов.

Лейкоцитарные формулы сока предстательной железы при различных простатитах приведены в табл. 1.

Таблица 1

Форма простатита	Число больных	Лейкоцитарная формула сока простаты					Глыбчатый распад эпителия простаты	Клетки простаты
		Э	П	С	М	Л		
Катаральная . . .	82	1,04	1,27	78,93	1,59	16,65	1,86/100	3,7/100
Фолликулярная . .	50	1,26	1,86	82,08	1,73	12,09	2,28/100	3,98/100
Паренхиматозная	18	1	2,1	83,6	1,3	10,8	3,8/100	3/100

Можно отметить, что лейкоцитарная формула простатического сока (цитограмма) изменяется за счет увеличения палочкоядерных и сегментированных лейкоцитов и уменьшения количества лимфоцитов. Чем более выражен воспалительный процесс, тем выше процент нейтрофилов и меньше лимфоцитов. При суждении о глубине воспалительного процесса необходимо учитывать все элементы, находящиеся в препарате. В лейкоцитарной формуле периферической крови у 150 больных отклонений от нормы не было.

Цитологическое исследование пунктата простаты произведено 198 раз после трансректальных аспирационных пункций. Для обезболивания применялась парасакральная новокаиновая блокада 0,5% раствором в количестве 80—100 мл или инъекции 1% морфина и 0,1% атропина по 0,5 мл. Пунктат из простаты получен в 100%. Осложнений после аспирационной трансректальной пункции простаты мы не наблюдали, большая часть их сделана в условиях поликлиники.

Бактериологическое исследование сока простаты произведено у 63 больных, пунктата простаты — у 41. У большинства больных выявлены стафилококки и другие кокки.

Комплексное лечение больных хроническим простатитом состояло из парасакральной новокаиновой блокады, введения по 25 мг гидрокортизон-ацетата в каждую долю предстательной железы, назначения внутрь антибиотиков, сульфаниламидов и диатермии на область крестца. Гидрокортизон-ацетат вводили 150 больным в простату трансректально и 15 через промежность. Применялись антибиотики широкого спектра. Из 165 больных 78 ранее безуспешно или с кратковременным улучшением лечились в других учреждениях массажем, различными физиопроцедурами.

Катаральный простатит диагностирован у 87 больных, фолликулярный — у 43 и паренхиматозный — у 16; сочетание хронического простатита и аденомы было у 19.

Однократное введение гидрокортизон-ацетата в простату трансректально в сочетании с парасакральной новокаиновой блокадой было достаточным для положитель-

ного результата у 82 больных из 150. Двухкратное введение потребовалось 53, трехкратное — 14 и четырехкратное — только 1 больному. В первые дни больные уже отмечали улучшение общего самочувствия, уменьшение боли, повышение работоспособности. Состав секрета предстательной железы изменялся медленнее. Выздоровление наступило у 115 больных, улучшение — у 27; у 8 больных лечение оказалось безрезультатным.

При промежуточном введении гидрокортизон-ацетата в простату 15 больным положительный результат лечения при однократном введении наступил у 5, при двухкратном — у 8 и трехкратном — у 2. Выздоровление получено у 11, улучшение у 3; у 1 больного лечение оказалось безуспешным.

Ввиду одновременного течения воспалительного процесса в различных участках предстательной железы при хроническом простатите трансректальное применение лекарственных веществ (при безопасности и возможности введения в желаемый участок железы) имеет свои преимущества перед промежуточным.

Ближайшие и отдаленные результаты лечения прослежены у 89 чел. в сроки от 1 месяца до 3,5 лет. К повторному лечению пришлось прибегнуть только у 11 больных, у остальных результаты лечения были хорошие.

ЛИТЕРАТУРА

Ливерц М. Б. и Селицкий Н. А. Венерология и дерматология, 1930, 2.

УДК 616 — 089.5 — 031.81 — 616 — 06

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА

Ю. М. Скоморохов и Г. М. Плешаков

*Анестезиологическое отделение (зав. — Ю. М. Скоморохов) Республиканской больницы Марийской АССР (главрач — А. Н. Богаткина)
Научный консультант — доц. Ф. Н. Казанцев*

Интубационный наркоз, выгодно отличаясь от других способов анестезии, может сопровождаться рядом осложнений.

Наше сообщение основывается на опыте проведения эндотрахеального наркоза у 2334 больных в возрасте от 2 дней до 84 лет, в том числе у 294 детей до 15 лет, при самых разнообразных оперативных вмешательствах.

Перед операцией больным давали атропин, промедол, димедрол или пипольфен. Вводный наркоз осуществляли путем внутривенной инъекции 2,5% раствора барбитуратов ультракороткого действия. Интубацию делали после введения деполяризующих миорелаксантов (листенон, дитилин, миорелаксин).

Основной наркоз проводили эфиром или закисью азота на уровне I₃ или III₁, а в наиболее травматичные моменты операции — на III₂ с дробным введением релаксантов короткого действия и искусственной вентиляцией легких вручную по полуоткрытому контуру с поглотителем CO₂.

В процессе практического применения эндотрахеального наркоза мы учитывали и анализировали осложнения, связанные с его проведением. Травма слизистой полости рта, губ, зубов была у 169 больных (7,24%), ларингит, ларинготрахеит — у 242 (10,37%), острый стенотический ларинготрахеит — у 6 (0,26%), гипоксия — у 21 (0,9%), рекураризация — у 1 (0,04%), регургитация — у 19 (0,81%), ларингоспазм — у 8 (0,34%), парциальный бронхоспазм — у 3 (0,13%), остановка сердца — у 2 (0,09%), острый отек легких — у 1 (0,04%). Летальных исходов, обусловленных обезбоживанием, не было.

Травматические осложнения интубации наблюдались нами главным образом на первом этапе работы, когда для вводного наркоза применяли эфир и не использовали миорелаксанты. Интубацию проводили с насилием из-за отсутствия достаточного расслабления жевательных мышц и голосовых связок. За последние годы, когда для вводного наркоза стали применять барбитураты ультракороткого действия и мышечные релаксанты перед интубацией, повреждения полости рта стали реже, а травмы зубов не было.

До настоящего времени мы часто встречаемся с явлениями ларингита, которые держатся в течение 3—5 суток после экстубации и сопровождаются жалобами больных на боли при глотании или на ощущение инородного тела в области гортани. Иногда отмечается охриплость голоса. Чаще всего повреждения полости рта и гортани происходят по вине начинающих анестезиологов.

Серьезным осложнением эндотрахеального наркоза является острый стенотический ларинготрахеит, развитие которого мы наблюдали у 6 больных (в том числе у 4 детей): у 3 — со стенозом I ст., у 2 — II ст. и у 1 — III ст. У 2 больных осложнение возникло в первые часы после операции, у 3 — к концу 1-х суток, у 1 — на 2-е сутки.