

Операцию заканчивают со стороны брюшной полости. Через контрапертуру в левой подвздошной области к культе прямой кишки забрюшинно подводят трубочно-перчаточный дренаж. В области дна таза, вокруг низведенной кишки, тщательно сшивают листки брюшины. Операционную рану послойно зашивают наглухо.

Дренаж удаляют на 7—9-е сутки после операции, а втулку — на 10—12-й день.

Принцип предложенной операции был применен нами и при частичных резекциях толстой кишки. В этих случаях в ретроректальный канал низводят соответствующий участок толстой кишки, а отверстие в задней стенке прямой кишки увеличивают соответственно диаметру низведенной.

При тотальном неспецифическом язвенном колите в двух наблюдениях тотальная колонэктомия была закончена наложением описанного выше илеоректального анастомоза.

Резекция левой половины толстой кишки, включая ампулу прямой, была выполнена при полипозе, раке и болезни Гиршпрунга. Для мобилизации потребовалась перевязка и рассечение ветвей правой толстокишечной артерии и основного ствола средней толстокишечной артерии. Кровоснабжение оставшейся кишки полностью сохранилось за счет ветвей *art. ileocolica* и ее анастомозов с краевым сосудом. Анастомоз накладывали с низведенной поперечно ободочной кишкой.

У 1 больного был полипоз слепой, начальной части восходящей и всей левой половины толстой кишки. Поперечная ободочная и дистальная часть восходящей кишки остались непораженными. Они были сохранены на питающей ножке со средней толстокишечной артерией. После резекции пораженных отделов трансплантат был уложен антиперистальтически и соединен с подвздошной кишкой бок в бок, а с культей прямой кишки — описанным выше способом.

Ни в одном наблюдении не было осложнений, связанных с наложением описанного анастомоза.

Достоинствами предлагаемой операции является то, что не нужна мобилизация передней стенки промежностного и нижеампулярного отделов прямой кишки, анастомоз накладывают внебрюшинно, а зияние ануса, благодаря втулке, обеспечивает полноценный дренаж. Все эти моменты делают операцию менее опасной. Сохранение иннервации слизистой анального канала и сфинктера способствует быстрейшему восстановлению его функции.

УДК 616—089.5

ОБ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПРИ ЦИСТЭКТОМИИ С ЗАМЕЩЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ СЕГМЕНТОМ КИШЕЧНИКА

Доц. Э. Н. Ситдыков, Ю. И. Комиссаров

Кафедра урологии (зав. — доц. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, урологического отделения Республиканской клинической больницы Минздрава ТАССР (главврач — М. В. Буйлин)

Успехи урологии в значительной мере связаны с достижениями анестезиологии. Большой интерес представляет анестезиологическое обеспечение операций по поводу злокачественных поражений мочевого пузыря. Экстирпация мочевого пузыря в сочетании с пластикой мочевого пузыря из кишечной трубки и пересадкой мочеточников в трансплантат вследствие своей длительности, травматичности и трудоемкости предъявляют значительные требования к хирургической и анестезиологической бригадам.

Мы провели общее обезболивание у 65 больных, страдающих злокачественным поражением мочевого пузыря. Это были преимущественно больные пожилого возраста (63% старше 50 лет). У большинства из них были сопутствующие заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем с различной степенью декомпенсации, у 50% — изменения функциональной деятельности почек и нарушения антитоксической и белковообразовательной функций печени.

В предоперационном периоде больные получали комплексное лечение, направленное на нормализацию их состояния.

За сутки и в день операции больным давали мепробамат (триоксазин) по 10 мг/кг, на ночь накануне операции — барбамил (2 мг/кг) или ноксирон (10 мг/кг) в сочетании с пипольфеном (0,5 мг/кг); утром, за 2 часа до операции, — пипольфен с барбамилом в этой же дозе повторно. За 30 мин. до наркоза вводили атропин (0,5 мл 0,1% раствора) и, если предыдущая премедикация оказалась недостаточной, — внутримышечно 50 мг пипольфена и 1 мл 2% раствора промедола. Эффективная премедикация обеспечивает проведение наркоза закистью азота в соотношении с кислородом 2:1 или 3:1 в условиях эндотрахеального способа с миорелаксантами. Эта концентрация закиши азота позволяет проводить адекватную оксигенацию больного, практически не оказывает вредного действия на сердечно-сосудистую систему, легкие, паренхиматозные органы, не угнетает компенсаторные функции организма.

Вводный наркоз осуществляли 1% раствором гексенала или тиопентала в дозе, вызывающей отчетливое расслабление жевательной мускулатуры. Если введение барбитуратов вызывало снижение АД более чем на 20 мм рт. ст., корректировали его введением 5—10 мл 10% раствора хлористого кальция в 40% растворе глюкозы. Интубацию проводили после релаксации листеноном (и другими производными сукцинилхолина) в дозе от 50 до 100 мг, в зависимости от индивидуальных особенностей больного. В дозах, больших 100 мг, не было необходимости.

Перед кожным разрезом внутривенно вводили 0,5—1,0 мл 2% раствора промедола. Если премедикация оказывалась неэффективной, проводили эфирно-кислородный наркоз, преимущественно по полуоткрытому контуру (аппарат УНАП-2) на уровне III₁. Полуоткрытый контур предпочтительнее из-за меньшего сопротивления выдоху, меньшей угрозы нарушения кровообращения в капиллярной системе легких, меньшей опасности нарушений работы сердца.

Учитывая, что недеполяризующие релаксанты выводятся в основном в не измененном виде почками и имеется реальная опасность их кумуляции, ведущей к длительному апноэ и даже летальным исходам в связи с этим осложнением (Н. А. Лопаткин, Е. Б. Мазо, 1966), для релаксации использовали только производные сукцинилхолина (метод введения — фракционный). Вводить нужно «терапевтическую дозу» релаксанта, т. е. минимальную дозу, вызывающую релаксацию дыхательных мышц. Передозировка ведет к проявлению «2-й фазы действия деполаризующих релаксантов», выражающейся в апноэ различной длительности и нежелательных осложнениях. «Недозировка» вызывает напряжение мышц, повышение внутрилегочного давления, гемодинамические нарушения. Суммарная доза может быть различной у разных больных: она зависит от индивидуальной чувствительности, общего состояния, продолжительности операции, анестезирующего вещества. Наркоз закистью азота требует большего расхода релаксантов, чем эфирный.

При продолжительности операций от 1 часа 40 мин. до 7 час. 20 мин. количество использованного релаксанта (листенон) колебалось от 300 до 2600 мг. Придерживаясь принципа «терапевтической дозировки» релаксанта и вводя его строго по показаниям (восстановление мышечного тонуса), мы не наблюдали остаточного послеоперационного апноэ.

Манипуляции на «шокогенных зонах» (корень брыжейки, дно мочевого пузыря, область тазового отдела мочеточников и крупных сосудов) вызывают тенденцию к понижению АД. Блокада шокогенных зон по А. В. Вишневному в этих случаях является ценным профилактическим средством.

Больные со злокачественным поражением мочевого пузыря в связи с особенностями заболевания и свойственными пожилому возрасту нарушениями сердечно-сосудистой и дыхательной систем особенно чувствительны к кровопотере. Своевременное и адекватное возмещение кровопотери — неперемное условие успешного проведения операции и наркоза у данной категории больных. При выраженной анемии и гематурии (7 больных) профилактическая мера в виде перевязки внутренней подчревной артерии оказывается очень полезной, значительно предотвращает операционную кровопотерю, облегчает задачу анестезиолога. Искусственную вентиляцию легких проводят вручную, мехом или мешком наркозного аппарата, либо аппаратом РО-2, РОН-1 автоматически, на режиме легкой гипервентиляции в том и другом случае. Учитывая, что экстирпация мочевого пузыря с последующей пластикой его из кишечника и пересадкой мочеточников может повести к адренокортикальной недостаточности, мы вводили в ходе операции гидрокортизон, обычно в дозе 125 мг внутривенно, капельно, в составе переливаемой жидкости. Состояние больного в ходе операции оценивали по данным АД, пульса, глазным рефлексам. После изоляции мочеточников визуальное наблюдение за выделением мочи из мочеточниковых катетериков представляет большую ценность в определении состояния больного.

Проведя по описанной методике 28 анестезий, мы не отмечали сколько-нибудь значительных нарушений гемодинамики в ходе операций. Подачу наркотического вещества прекращали за несколько минут до наложения последнего кожного шва, в момент наложения кожного шва вводили «коктейль»: 40% раствор глюкозы с 2 мл раствора кордиамина, витаминами В₁, В₁₂, аскорбиновой кислотой. В период восстановления дыхания проводили вспомогательное дыхание. К каким-либо дополнительным аналептикам прибегать не было необходимости.

В послеоперационном периоде проводили ингаляцию кислорода, вливание жидкостей, электролитов, кардиотонических веществ. Гидрокортизон в послеоперационном периоде вводили в понижаемой дозе в течение 3—5 дней при неустойчивом АД.

Анализ проведенных нами анестезий при экстирпации и резекции мочевого пузыря с пластикой его из кишечника, с пересадкой мочеточников в трансплантат позволяет отметить, что операции должна предшествовать тщательная предоперационная подготовка и комплексное лечение, направленное на нормализацию функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, паренхиматозных органов, на снятие интоксикации.

Методом выбора является современный комбинированный эндотрахеальный наркоз закистью азота. При неэффективной премедикации и отсутствии закисы азота допустим эфирно-кислородный наркоз на уровне III₁ в сочетании с новокаиновой блокадой рефлексогенных зон.

Своевременное и адекватное возмещение кровопотери необходимо проводить в ходе операции и в послеоперационном периоде, что имеет решающее значение у этой категории больных в достижении благоприятного исхода хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

Лопаткин Н. А., Мазо Е. Б. Общее обезболивание в урологии. Медицина, М., 1966.