

мый основной причиной смерти была печеночно-почечная и сердечно-сосудистая недостаточность (32,3%), развившаяся на фоне длительно протекавшего калькулезного холецистита с выраженными нарушениями функций печени. Затем следует перитонит (10,3%), холангит (8,4%), пневмония (7,6%), панкреонекроз (2,1%).

Смертельные исходы после экстренных и плановых операций на желудке в основном обусловлены перитонитом и легочными осложнениями; сердечно-сосудистые расстройства играли второстепенную роль. Острая дыхательная недостаточность как причина смерти чаще встречалась при операциях на легких и других органах грудной клетки при травмах, что указывает на несовершенство компенсации функции дыхания на фоне ограниченных в пожилом возрасте функциональных резервов дыхательной и сердечно-сосудистой систем. В хирургии травм костей причинами летальных исходов чаще всего служили сердечно-сосудистые расстройства.

Из осложнений, не являющихся основной причиной смерти, наиболее часто встречались парезы кишечника (3,6%), задержка мочи (2,9%), симптоматические психозы (1,7%), нагноение ран (1,7%).

Подготовка, предшествовавшая операции при urgentных заболеваниях, была кратковременной ($1,3 \pm 0,3$ ч) и заключалась, как правило, в введении наркотических анальгетиков и сердечно-сосудистых средств, что было явно недостаточно для корригирования нарушений, имеющих у пожилых хирургических больных. Неполными и далекими от совершенства были и реанимационные мероприятия при терминальных состояниях.

Длительность операции у больных, впоследствии умерших, на $0,64 \pm 0,24$ ч превышала среднюю продолжительность всех вмешательств (в одном случае она достигла 8 (!) часов), что объясняется прежде всего тяжестью основного страдания и техническими трудностями, которые встречались у больных с осложненными формами заболевания. В послеоперационном периоде проводили массивные и частые введения сердечно-сосудистых средств и наркотических анальгетиков, продолжительные кислородные ингаляции.

ВЫВОДЫ

1. Общая госпитальная и послеоперационная летальность среди больных старше 50 лет остается относительно высокой. Чаще всего (39,7%) летальные исходы наблюдались после операций по поводу экстренных заболеваний органов живота. При плановых хирургических вмешательствах наибольшее число (8,4%) смертельных исходов зарегистрировано после эксплоративных лапаротомий.

2. К факторам, способствующим высокой послеоперационной летальности, относятся поздние обращаемость и госпитализация, ошибки в диагнозе, а также несвоевременное хирургическое вмешательство. Среди осложнений, являющихся непосредственными причинами летальных исходов при операциях на органах брюшной полости, главное место занимает перитонит.

3. Необходимо расширение показаний к превентивным операциям при грыжах, холециститах, язвенной болезни в плановом порядке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейлин П. С. Клин. хир., 1968, 1.— 2. Иванченко А. А. Там же, 1971, 8.— 3. Королев В. А., Смирнов Г. Н., Гагушин В. А. Казанский мед. ж., 1972, 3.— 4. Кутушев Ф. Х., Карпов М. М. Вестн. хир., 1974, 1.— 5. Сачук Н. Н., Минаева В. П. Сердце, сосуды и возраст. Киев, 1969.

Поступила 23 декабря 1976 г.

УДК 616.65—006.55—089.8

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Э. Н. Ситдыков, Р. Х. Галеев, Ф. А. Давлетшина,
Х. Г. Миннулин*

*Кафедра урологии (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового
Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. В урологической клинике КГМИ за последние 15 лет подвергнуто операции аденомэктомии 755 больных, из них 265 оперированы двухэтапно; у 490 чел. аденомэктомия произведена одномоментно, в том числе 14 больным потребовалась экстренная аденомэктомия, 45 — срочная, 32 выполнена отсроченная и 399 больным — плановая надлобковая аденомэктомия. На основании клинических наблюдений авторами разработаны показания к экстренной, срочной и отсроченной одномоментной позадилобковой аденомэктомии.

В настоящее время четко установлены показания к одномоментной надлобковой аденомэктомии. Однако все еще значительное число больных поступает в урологическое отделение с запущенными стадиями аденомы простаты; высок процент больных, которым осуществляется цистостомия и двухмоментная аденомэктомия, высока летальность после вмешательства по поводу аденомы предстательной железы. По данным различных авторов, 30—40% больных поступают в урологическое отделение в 3-й стадии заболевания.

За последние 15 лет в урологической клинике КГМИ аденомэктомия произведена у 755 больных, из них у 265 — двухэтапно; у 490 оперированных аденомэктомия осуществлена одномоментно, в том числе 14 больным потребовалась экстренная аденомэктомия, 45 — срочная, 32 выполнена отсроченная и 399 — плановая надлобковая аденомэктомия.

Экстренная аденомэктомия произведена 14 больным в возрасте от 58 до 75 лет. Поводом для такого вмешательства послужили: у 4 — тампонада мочевого пузыря, у 3 — ложный ход уретры после катетеризации, у 3 — выраженная уретероррагия после инструментального вмешательства и у 4 — острая задержка мочи и невозможность катетеризации мочевого пузыря при общем удовлетворительном состоянии. Эти больные оперированы в первые 6 ч после поступления в клинику; до операции им проведены самые необходимые лабораторные и функциональные исследования (общий анализ крови, определение свертываемости крови, группы крови, резус-фактора, ЭКГ). У 13 больных операция произведена с глухим швом мочевого пузыря по методу Гельфера — Блатного — Ситдыкова и у 1 — с надлобковым дренажем мочевого пузыря и ушиванием ложа аденомы предстательной железы. У 13 больных послеоперационный период после экстренной аденомэктомии протекал гладко, они выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем на 18-е сутки после операции. 1 больной скончался от инфаркта миокарда, развившегося на 6-е сутки после операции.

Срочная аденомэктомия (до 24 ч с момента госпитализации) выполнена 45 больным при общем удовлетворительном состоянии; показанием к ней служила общая задержка мочи. До операции больным оказывали неотложную помощь, заключающуюся в системной катетеризации и промывании мочевого пузыря, производили минимальный комплекс исследований с целью выявления функционального состояния почек, печени, сердечно-сосудистой и дыхательной систем (общий анализ крови, мочи, проба Рейзельмана, хромоскопия, ЭКГ, рентгеноскопия органов грудной клетки).

Больным с аденомой предстательной железы, у которых острая задержка мочи осложнилась инфицированием мочевыводящих путей из-за многократной катетеризации мочевого пузыря на догоспитальном этапе, а также при рецидивирующей острой и выраженной хронической задержке мочи с компенсированной почечной недостаточностью мы производили отсроченную надлобковую аденомэктомию. Операция отсроченной аденомэктомии заключается в следующем. При острой задержке мочи в срочном порядке осуществляют троакарную цистостомию. Необходимым условием выполнения троакарной цистостомии является наличие в мочевом пузыре не менее 300 мл жидкости. После заполнения мочевого пузыря фурациллином (через катетер или путем надлобковой пункции) под местным обезболиванием наносят по средней линии живота отступая от лона 3—4 см разрез кожи и апоневроза длиной 15 мм. Через него троакарно-проводником прокалывают мочевой пузырь и через тубус вводят дренажную трубку. В послеоперационном периоде проводят антибактериальную терапию и лечение сопутствующих заболеваний. На 3—4-й день после вмешательства исследуют функцию почек (определение в сыворотке крови остаточного азота, мочевины, креатинина, электролитов, проведение пробы Зимницкого и экскреторной урографии), сердечно-сосудистой системы и функциональное состояние печени. На 5—8-й день после троакарной цистостомии проводят отсроченную аденомэктомию.

Для троакарной цистостомии нами применен троакар-проводник (О. Л. Тиктинский, Р. Р. Алетин, И. Ф. Новиков, 1973). В отличие от создателей троакара, мы считаем целесообразным при острой задержке мочи перед троакарной эпицистостомией провести надлобковую пункцию длинной иглой, выпустить мочу и ввести фурациллин по этой же игле, что уменьшает опасность инфицирования инъекционных путей. Заполнение же мочевого пузыря по катетеру необходимо выполнять только при хронической задержке мочи перед троакарной эпицистостомией.

С 1973 по 1977 г. нами произведено 65 надлобковых троакарных эпицистостомий. Больные легко переносят это вмешательство, уже в 1-е сутки после операции им разрешается ходить. У 19 больных мы прибегли к троакарной цистостомии по жизненным показаниям. Эти больные были в тяжелом состоянии в связи с различными сопутствующими заболеваниями, и любое другое оперативное вмешательство было бы большим риском. Двум больным произвели повторную троакарную цистостомию в первые дни после вмешательства из-за непроизвольного извлечения больным дренажной трубки. В связи с гематурией и опасностью тампонады мочевого пузыря 1 больному с острой задержкой мочи на фоне опухоли мочевого пузыря и аденомы предстательной железы после троакарной цистостомии в тот же день выполнена операция обычной надлобковой эпицистостомии. Во время операции обнаружена опухоль передней стенки мочевого пузыря. В ближайший период после троакарной цистостомии летальный исход наступил у 2 больных. Причиной смерти явились тромбоз сосудов головного

мозга (на 3-и сутки) и острая сердечно-сосудистая недостаточность (на 17-е сутки).

Отсроченная аденомэктомия произведена 32 больным в возрасте от 62 до 85 лет в среднем через 7 суток после троакарной эпицистостомии. Троакарная эпицистостомия исключает образование грубых рубцов надлобковой области, что облегчает оперативное вмешательство с глухим швом мочевого пузыря.

Из числа пациентов, перенесших отсроченную аденомэктомию, погиб 1 больной от тромбоэмболии легочной артерии на 10-е сутки после операции. У остальных больных послеоперационный период протекал без осложнений.

Выполнение экстренной, срочной и отсроченной одномоментной чрезпузырной надлобковой аденомэктомии дает возможность сократить число катетеризаций мочевого пузыря и предупредить развитие септических осложнений. Показаниями к экстренной аденомэктомии являются следующие осложнения аденомы предстательной железы: а) тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками; б) профузная уретероррагия, ложный ход уретры после инструментального вмешательства и катетеризации; в) острая задержка мочи, когда невозможно провести катетеризацию (стриктура уретры, камень задней уретры и т. д.) при удовлетворительном состоянии больных.

Срочная аденомэктомия показана у больных с острой задержкой мочи при их удовлетворительном состоянии; предварительно необходимо провести минимальный комплекс исследований, позволяющих определить функциональное состояние почек, печени, органов дыхания, сердечно-сосудистой системы.

Отсроченная аденомэктомия производится у больных с острой задержкой мочи, у которых аденома предстательной железы осложнилась: а) инфицированием мочевыводящих путей из-за многократной катетеризации мочевого пузыря; б) рецидивирующей острой и хронической задержкой мочи с почечной недостаточностью (при II—III стадиях).

Во всех остальных случаях следует осуществлять в плановом порядке одномоментную надлобковую чрезпузырную аденомэктомию с глухим швом мочевого пузыря.

ЛИТЕРАТУРА

Тиктинский О. Л., Алетин Р. Р., Новиков И. Ф. Урология, 1973, 4.

Поступила 19 апреля 1977 г.

УДК 616.85—071.1

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

К. К. Яхин, Д. М. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.— проф. В. С. Чудновский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. В соответствии с клиническими симптомами невротических состояний создан опросник для их выявления и оценки. На основании данных опроса 100 здоровых людей и 50 больных неврозами вычислены диагностические коэффициенты для каждого признака по градациям ответов. Опросник имеет шкалы, позволяющие дать характеристику основных синдромов выявляемых нарушений. Проверка показала достаточную адекватность и надежность разработанного опросника.

Научно-технический прогресс создает новые, более сложные условия труда, требующие от человека повышенного внимания и напряжения. Особенно это касается трудовых процессов с четко ограниченным объемом времени и большим количеством операций, на конвейерных системах. При ряде производственных операций рабочие подвергаются воздействию внешних раздражителей — шума, недостаточного освещения или абсолютной темноты, вибрации. Такие условия труда могут стать причиной невротизации, ухудшения состояния здоровья и снижения трудоспособности [6 и др.].

Для изучения отклонений в нервно-психической сфере людей, работающих в сложных условиях труда, необходимы соответствующие методики. Наиболее точную информацию, безусловно, обеспечивает клинический метод, но при массовом обследовании его использование затруднительно. Наряду с клиническим все большее распространение получают психологические методы исследования, включающие и разнообразные опросники. Последние направлены на изучение деформаций отдельных свойств личности или личности в целом. Однако существующие методики позволяют получить лишь количественную оценку этих нарушений и не дают возможности судить об их качественной структуре.

Перед нами стояла задача создать качественно новый опросник для оценки уровня невротизации испытуемого. При составлении опросника мы опирались на клиниче-