

выявления инфильтрации боковых стенок и верхушки производим полицистографию.

Для уменьшения лучевой нагрузки и сокращения предоперационного обследования осуществляем осадочную пневмополицистографию: в мочевой пузырь через катетер вводим 10% взвесь бария, частицы которой оседают в криптах опухоли. Для этого больному рекомендуем принимать в постели различное положение: сидеть, лежать на спине, на животе, на левом и правом боку. Через 15—20 мин. излишки взвеси бария выпускаем, мочевой пузырь промываем раствором фурациллина. Затем 150 мл кислорода вводим фракционно: после введения каждой 50 мл на одной и той же пленке в одном и том же положении больного производим снимок (в общей сложности 3 снимка). Указанный метод позволяет одновременно определить наличие опухоли, ее размеры, форму, инфильтрацию верхушки и боковой стенки мочевого пузыря.

Немаловажное значение для выбора характера и объема оперативного вмешательства имеет выявление метастазов в лимфатических узлах. Согласно данным литературы, при помощи тазовой флебографии метастазы в регионарных лимфатических узлах определяются в 7,4% случаев [1], при помощи прямой лимфографии — в 40% [2]. По нашим наблюдениям частота метастазирования рака мочевого пузыря, установленная с помощью прямой лимфографии, составляет 51%, причем при T₁ метастазы не обнаруживаются, при T₂ они выявляются у 17,8%, при T₃ — у 51,1%, при T₄ — у 92% больных. Лимфография является наиболее достоверным методом диагностики метастазов рака мочевого пузыря в регионарных лимфатических узлах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пытель А. Я., Мгалоблишвили Г. И. Тазовая флебография и ее диагностическое значение. Ташкент, 1965.— 2. Sieber. Радиология-диагностика, 1967, 8, 4.

Поступила 15 апреля 1974 г.

УДК 616.381—002

ФОРСИРОВАННАЯ ДЕЗИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

О. С. Кочнев, И. А. Ким, Р. Ш. Шаймарданов

Отделение неотложной хирургии (научный руководитель — проф. О. С. Кочнев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, 5-я горбольница (главврач — В. М. Айзенман) г. Казани

Несмотря на внедрение в клиническую практику целого ряда новых методов в лечении перитонита (перитонеальный диализ, новые антибиотики, гипотермия и др.), летальность при этом широко распространенном в ургентной хирургии заболевании остается высокой — 35% и более.

Своевременное и правильное вскрытие, очищение, дренирование брюшной полости являются основой лечения перитонита (И. И. Греков). Применение антибиотиков дополняет результаты хирургической санации и способствует торможению воспалительного процесса. Срочное выведение продуктов воспалительной реакции, которые не только вызывают интоксикацию, но и поддерживают воспаление, обеспечивается системой активной дезинтоксикации, состоящей из следующих мер.

Форсированный диурез. Имеются данные, что факторы интоксикационной агрессии, такие, как калликреин, трипсин, а также компоненты кининовой системы проходят через почечный барьер и выделяются с мочой. Поэтому при быстром и обильном выделении мочи

кровенное русло освобождается от этих гуморальных агентов. Таким образом, применив осмотические диуретики и вызвав обильный диурез, можно освободить от вазоактивных веществ не только кровяное русло, но и отечные ткани организма.

Мы проводим форсированный диурез у послеоперационных больных по следующей схеме. Вначале вводим 200 мл 3% раствора бикарбоната натрия и 500 мл раствора Рингера, что предупреждает развитие дегидратации клеточного сектора. Затем следует основной этап осмодиуреза: струйное введение 15% раствора маннитола из расчета 1,0 на 1 кг веса больного. Для улучшения диуретического эффекта инъецируем внутривенно 20 мл 2,4% раствора эуфиллина. Коррекцию электролитных нарушений осуществляем введением 2000—2500 мл раствора Рингера, 10% растворов хлористого натрия и хлористого кальция. Дефицит белкового баланса устраняем переливанием протеина, крови или белковых заменителей. Дополнительно вводим полиглокин, учитывая его дезагрегирующую способность. Общее количество жидкости составляет 3,5—4 л. В результате подобной методики выделение мочи за сутки достигает 2,5—3 л. При этом отмечается значительное снижение интоксикации.

Внутрипортальное введение лекарственных веществ. В настоящее время накопилось достаточно убедительных клинических и экспериментальных данных, говорящих о нарушении функции печени (белковообразовательной, дезинтоксикационной, углеводной) при острых воспалительных процессах в брюшной полости. Мы применяем простой метод, состоящий в канюляции ветвей воротной вены — правой или левой желудочно-сальниковых вен. Преимуществом метода является возможность быстрого определения топографии вены и простота ее выделения. Как правило, в воротную вену мы вводим в дополнение к антибиотикам неомицинового ряда пенициллин или препараты тетрациклинового ряда в 5% растворе глюкозы в комплексе с витаминами, а также плазму или протеин. Объем и темп инфузии устанавливаем в динамике с помощью измерения внутрипортального давления, поскольку при воспалительных процессах в брюшной полости часто имеет место умеренная гипертензия в системе воротной вены. Мы считаем, что бесконтрольное введение жидкости в эту систему может вызвать перегрузку сосудов чревной области и усугубить парез кишечника. Внутрипортальное введение антибиотиков представляется очень целесообразным ввиду нередко сопутствующей bacteriemi.

Инфузионная терапия через систему полых вен. Активная дезинтоксикационная терапия требует парентерального введения больших количеств солевых растворов, плазмы, плазмозамещающих жидкостей и крови. Такая терапия может быть не всегда соразмерна с пропульсивной деятельностью сердца, и тогда она приводит к отеку легких. С другой стороны, для нормального функционирования сердечно-сосудистой системы необходим достаточно полноценный объем крови и приток ее к сердцу. Поэтому успех инфузионной терапии во многом зависит от темпа возмещения потерь и времени устранения дефицита. Традиционный внутривенный путь инфузии не может полностью решить эти задачи. Инфузионная терапия через систему полых вен (подключичная и надключичная катетеризация или через большую подкожную вену бедра) помогает быстро восстанавливать необходимый приток крови, улучшать гемодинамику и диурез. Темп и объем инфузии в подобных случаях мы определяем в зависимости от состояния центрального венозного давления (ЦВД). ЦВД служит хорошим показателем величины венозного возврата и способности сердца нагнать кровь в сосуды. В случае снижения ЦВД наблюдается дефицит объема циркулирующей крови, а его повышение является следствием декомпенсации сердечной деятельности с возможностью развития отека

легких. Следовательно, при снижении ЦВД необходимо восполнять объем циркулирующей крови, в первую очередь за счет коллоидных средств (кровь, плазма, протеин, альбумин, полиглокин и др.). Повышение ЦВД диктует необходимость уменьшения объема внутривенно вводимых жидкостей и целенаправленного применения лекарственных средств, улучшающих деятельность сердца.

В клинике неотложной хирургии метод активной дезинтоксикации был применен у 53 больных (у 31 мужчины и 22 женщин), оперированных по поводу перитонита различной этиологии (см. табл.).

Причины и исходы перитонита

Причины перитонита	Число больных перитонитом	Из них умерли
Острый деструктивный аппендицит	9	—
Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	6	1
Острая кишечная непроходимость	12	4
Острый холецистит	11	1
Травма живота с повреждением кишечника	11	1
Острый панкреатит	4	—
Всего	53	7

Возраст больных: от 20 до 29 лет — 7, от 30 до 39 лет — 10, от 40 до 49 лет — 17, от 50 до 59 лет — 8, от 60 до 69 лет — 6, свыше 70 лет — 5.

Из 7 больных, умерших после операции, 5 были оперированы через 3 суток после начала заболевания в связи с поздним поступлением. 2 больных погибли от прогрессирующего перитонита на почве повторной перфорации ушитой язвы желудка и разрыва толстой кишки, происшедшего на фоне кахексии. У 4 умерших на секции обнаружена двусторонняя пневмония, эмфизема легких, выраженный общий атеросклероз, кардиосклероз (возраст — свыше 60 лет). 1 пациент умер на 3-й день после операции в результате **suicidium**. Следовательно, причиной смерти явились не только позднее поступление в стационар и старческий возраст, но и другие заболевания, отягощающие течение основного патологического процесса.

Введение в комплекс послеоперационного лечения больных с острыми воспалительными процессами в брюшной полости системы активной дезинтоксикации способствовало улучшению состояния больных, быстрому разрешению пареза кишечника, нормализации биохимических показателей, дыхания и температуры, уменьшению летальности в группе очень тяжелых больных. Таким образом, активная дезинтоксикационная терапия при острых воспалительных процессах в брюшной полости многокомпонентна. Она включает введение в достаточно больших количествах коллоидных и кристаллоидных растворов. В случаях тяжелой интоксикации наиболее целесообразно осуществлять дезинтоксикационную терапию инфузией в систему полых вен, что позволяет улучшить деятельность сердечно-сосудистой системы и восстановить диурез. Эффект дезинтоксикации увеличивается при использовании форсированного диуреза и при внутрипортальном введении антибиотиков и других лекарственных веществ. Инфузионная терапия должна строго контролироваться клиническим состоянием больного, измерением пульса, артериального, центрального венозного и портального давления.

Поступила 11 марта 1974 г.