

ет $24,6 \pm 2,4$ мин. Между продолжительностью жизни парameций в плазме крови и клиническими проявлениями токсичности выявлена тесная зависимость: признаки интоксикации выражены тем больше, чем короче время жизни парameций в плазме крови. Мы считали кровь токсичной при продолжительности жизни парameций менее 18 минут и очень токсичной — при времени жизни менее 9 минут. У большинства обследованных нами больных, особенно при тяжелых проявлениях интоксикации, жизнь парameций длилась 3—4 минуты.

Для закрепления дезинтоксикационного эффекта гемосорбцию повторяли через 24 или 48 ч. Каждому больному было проведено от 1 до 6 сеансов. Гемосорбцию прекращали при токсичности плазмы по времени выживания парameций более 15 мин и при отсутствии выраженных проявлений экзогенной, эндогенной или бактериальной интоксикации. Этот способ детоксикации применяли в комплексе с общепринятыми методами интенсивной терапии.

Наиболее заметное и быстрое действие гемосорбция оказывала при лечении экзогенных отравлений. Из 5 больных умер лишь один, поступивший в поздние сроки отравления.

При острой хирургической патологии органов брюшной полости гемосорбция была включена в комплекс интенсивной терапии 23 больных и имела выраженный клинический эффект; полное выздоровление наступило у 19. Отсутствие эффекта у 4 больных, как показала аутопсия, было обусловлено прогрессирующим перитонитом на фоне несостоятельности швов межкишечных анастомозов.

В процессе изучения биохимического состава крови нами было установлено, что используемые сорбенты наиболее активно поглощают билирубин, креатинин, холестерин, трансаминазы. Сорбция билирубина в значительной мере определялась его исходной концентрацией (в среднем 26%). В процессе гемосорбции наблюдалась и потеря форменных элементов крови (тромбоцитов, лейкоцитов, эритроцитов). По нашим данным, сорбционная детоксикация в течение 60 мин приводит к снижению содержания тромбоцитов на 24%, лейкоцитов — на 30%, эритроцитов — на 8%. Однако эти изменения не ухудшают состояние больных, положительный же эффект гемосорбции превышает ее нежелательные последствия.

Следовательно, гемосорбция в комплексной терапии больных с экзогенными, эндогенными или бактериальными интоксикациями является высокоэффективным методом детоксикации, расширяющим возможности лечения больных в реанимационных отделениях.

УДК 618.5—089.888.61—06:616.381—002—08—039.73—089.8

А. И. Наговицина, З. С. Корняева, З. Я. Соболева, Ф. Н. Ившин, В. Н. Бороздина (Устинов). Особенности клинического течения и комплексной терапии перитонита после кесарева сечения

Мы наблюдали за 23 женщинами, у которых после кесарева сечения развился перитонит. Средний возраст больных составлял 28,9 года. Первородящих было 7, повторнородящих — 16. Из анамнеза удалось установить наличие эндогенных очагов инфекции у всех больных. Так, грипп, ангина, ОРЗ были отмечены у 20 женщин, пневмония — у 3; хронический пиелонефрит был у 5, воспалительный процесс придатков матки — у 6, ревматизм с недостаточностью митрального клапана — у одной, болезнь Боткина — у 1. Настоящей беременности предшествовали аборт у 19 женщин, из них у 11 — искусственные, у 3 — криминальные, у 5 — самопроизвольные аборты в сроки от 10 до 25 нед беременности на фоне хронического пиелонефрита и воспалительных заболеваний придатков матки.

При бактериоскопическом исследовании содержимого влагалища у 16 беременных была обнаружена смешанная флора с преобладанием кокков; у 7 — в сочетании с трихомонадами. Все беременные санированы и получили соответствующее лечение.

Показания к кесареву сечению были следующими: клинически узкий таз (у 11), сочетание его с поздним токсикозом (у 4), ревматизм в неактивной фазе и недостаточностью митрального клапана (у 4), угрожающей внутриутробной гипоксией плода (у 3), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (у 6), на фоне бытовой травмы (у 2) и длительно текущего токсикоза беременности (у 4); неправильное положение плода в сочетании с предлежанием плаценты (у 2); несостоятельность рубца на матке (у 3); тазовое предлежание в сочетании с дискоординированной родовой деятельностью (у 1).

Кесарево сечение в основном было произведено в экстренном порядке, только у 4 женщин — в плановом.

В специализированный стационар 21 из 23 больных поступила до 4 сут после кесарева сечения и лишь 2 родильницы были доставлены на 5—6-е сутки.

С первых дней заболевания доминировали явления тяжелой интоксикации: общая слабость, одышка, апатия, адинамия. Боли в животе различной локализации наблюдались у 21 больной, рвота, задержка газов — у 14, тошнота, икота — у 5.

Лечение всех больных было комплексным, интенсивная патогенетическая консервативная терапия сочеталась с оперативным вмешательством, которое заключалось в

удалении матки с фаллопиевыми трубами, тщательной ревизии органов брюшной полости, санации, ее дренировании через дополнительные разрезы в подвздошных областях и через незашитую культю влагалища. Брюшную полость по белой линии живота мы ушивали наглухо, так как введение дренажей способствовало недостаточному оттоку воспалительного экссудата из брюшной полости. В первые 2—3 сут после операции проводили максимальное обезбоживание, оксигенацию на фоне продолжающейся интенсивной терапии. Для борьбы с парезом кишечника применяли 0,05% раствор прозерина 4 раза в сутки по 1 мл в сочетании с микроклизмами по Огневу при отсутствии гипокалиемии. Через постоянный зонд по показаниям промывали желудок 2—3% раствором бикарбоната натрия с последующим введением сорбита. Уделяли большое внимание тщательному гигиеническому уходу и лечебной гимнастике в зависимости от состояния больной.

Сочетание консервативной терапии с радикальной операцией позволило добиться у всех больных положительных результатов. Все женщины выписаны в удовлетворительном состоянии, средний койко-день составил 21,8. Отдаленные результаты лечения (от года до 10 лет) изучены у всех 23 больных. У 19 из них общее состояние было хорошим, трудоспособность восстановлена; 4 женщины отмечают периодически боли в животе из-за спаечного процесса в брюшной полости и порой теряют трудоспособность.

Следовательно, применение комплексной терапии в сочетании с радикальной операцией в первые 2—3 сут с момента заболевания спасает жизнь молодой матери. Оперативное лечение должно включать экстирпацию матки с удалением фаллопиевых труб и широким дренированием брюшной полости.

Для профилактики акушерского перитонита врачи женских консультаций должны более тщательно выявлять беременных группы повышенного риска развития послеродовых септических заболеваний; своевременно, качественно и неоднократно проводить санацию очагов инфекции до и во время беременности; более строго учитывать показания, противопоказания и условия для выполнения кесарева сечения. Немаловажное значение имеют правильная предоперационная подготовка и анестезиологическое пособие с обязательной достаточной инфузионно-трансфузионной терапией, квалифицированное выполнение операции и рациональное ведение послеоперационного периода. Особое внимание следует обращать на реабилитацию больных и придавать важное значение санитарно-просветительной работе.

УДК 616.3—006.04—089.8

Ю. А. Башков, С. В. Батов (Устинов). О метакронных полинеоплазиях с первичной локализацией в органах пищеварения

Одними из наиболее частых среди полинеоплазий являются двойные и множественные опухоли органов пищеварения. Более чем в половине наблюдаемых опухолей имеют синхронный характер. Вторично развивающиеся (метакронные) опухоли нередко рассматриваются как метастазы первого бластоматозного процесса, что приводит порой к отказу от активного специализированного лечения больных. Однако при своевременной диагностике результаты лечения метакронных опухолей мало отличаются от таковых при солитарных опухолях той же локализации.

Нами изучены особенности течения и результаты лечения метакронных первично-множественных злокачественных новообразований с локализацией первой опухоли в органах пищеварения; вторая и (или) третья опухоли находились как в них, так и в органах других систем. Проанализированы истории болезней 621 лица с первично-множественными злокачественными новообразованиями. У 329 из них хотя бы одна из опухолей располагалась в органах пищеварения, причем у 104 (16,7%) больных опухоли указанной локализации были первичными. У 100 больных диагностированы по 2 опухоли, у 4 — по 3. Среди больных было 69 мужчин и 35 женщин. Средний возраст больных в момент выявления первой опухоли составил 53,6, при выявлении второй — 62,9 года.

Всех больных мы разделили на три группы соответственно локализации первой опухоли. В 1-ю группу вошли 70 больных (60 мужчин и 10 женщин), имевших первую опухоль на нижней губе (65) или в органах орофарингеальной зоны (5). Локализация вторых и последующих опухолей была различной, но преобладание больных с локализацией первой опухоли на нижней губе, по-видимому, не является статистической случайностью, а определяет наибольшую вероятность развития второй опухоли в тех случаях, когда первая относительно легко может быть излечена.

Представляет интерес зависимость частоты появления вторых и третьих опухолей от методов лечения первичного очага. После использования только лучевого метода лечения (близкофокусная рентгенотерапия, гамматерапия на очаг или сочетанная лучевая терапия) метакронные опухоли возникли у 30 больных; при проведении комбинированной терапии (лучевая терапия и хирургическое лечение) — у 21; при чисто хирургическом лечении — у 5; при применении прочих методов лечения — у 9. Сроки развития вторых и последующих опухолей колебались от 1 до 31 года, причем у 40 (61,5%) больных вторые опухоли появились через 5 и более лет после излечения первых. Из 5 больных, также отнесенных нами к 1-й группе, с локализацией первич-