

ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПОЧКАХ ПОД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ

Доц. И. К. Караев

Клиника общей хирургии Андижанского медицинского
института (зав. — доц. И. К. Караев)

Одной из главных причин отказа от оперативного вмешательства является неустойчивая гемодинамика на почве нарушения сердечно-сосудистой деятельности. Поэтому изучение состояния гемодинамики и функциональной деятельности аппарата кровообращения в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах является задачей не только интернистов, но и хирургов, непосредственно выполняющих оперативное вмешательство.

Оперативное вмешательство на почках связано с различной реакцией организма на эту травму. Поэтому мы решили изучить в комплексе гемодинамические показатели и функциональную деятельность сердечно-сосудистого аппарата до операции, в процессе ее и после операции у больных с различными почечными заболеваниями (камень почек, туберкулез почек, пиелонефроз и др.).

Все операции производились нами под местной инфльтрационной анестезией по методу А. В. Вишневого с предварительным введением подкожно 0,5—1 мл 1% раствора морфина (детям до 17 лет морфин не вводился).

Нами исследовались: пульс, дыхание, тоны сердца, его границы, АД (по Короткову), венозное давление (по В. А. Вальдману), скорость кровотока по Лешке, функциональная проба Штанге, Мартине и ЭКГ. Все исследования производились за 3—5 дней до операции, в день операции и в процессе оперативного вмешательства: до анестезии, после нее, при разрезе кожи, гемостазе, послойном разъединении тканей, вскрытии околопочечной клетчатки, манипуляциях на почках, нефротомии, нефроэктомии и послойном зашивании операционной раны. В послеоперационном периоде вышеуказанные тесты изучались в первые часы и сутки и перед выпиской больных из клиники.

Все указанные исследования производились у 25 больных (мужчин было 15, женщин 10). До 15 лет было 2 больных, от 16 до 20—4, от 21 до 40—11, от 41 до 60—6 и старше — 2.

С туберкулезом правой почки было 5 больных, левой — 3, с камнем правой почки — 7, левой — 5, левосторонним калкулезным пиелонефрозом — 4, правосторонним гидронефрозом — 1. Со стороны сердечно-сосудистой системы до операции отмечено следующее: больных без патологии аппарата кровообращения — 6, с миокардиодистрофией без нарушения кровообращения — 4, с миокардиодистрофией с нарушением кровообращения I степени — 7, гипертонией на почве климакса — 2, миокардиосклерозом и нарушением кровообращения I и II степени — 4 и с недостаточностью митрального клапана в стадии компенсации — двое.

До операции с нормальным АД (100—130/65—85) было 17 больных, гипертонией — 6, гипотонией — 2, нормальным венозным давлением (50—120 мм водяного столба) — 18, венозной гипотонией — 7, с тахикардией (68—75) — 4, нормальным ритмом — 19 и замедленным ритмом — 2. С нормальной скоростью кровотока (9—13 сек) было 19 больных и замедленной (3—8—10 сек) — 6.

Проба Штанге (25—30 сек) без отклонения от нормы была у 17 больных и с отклонением на 8—10 сек — у 8.

Проба Мартине с тахикардией — у 15, без тахикардии — у 10 больных.

ЭКГ-запись производилась у 13 больных, из них правый тип выявлен у 8, левый — у 1 и без отклонения от нормы — у 4 больных.

Наши наблюдения показали, что оперативное вмешательство, заключавшееся в удалении пораженной почки или же в нефротомии на предмет удаления камней, произведенное под местным обезболиванием по способу А. В. Вишневого, не оказывает глубокого влияния на деятельность сердечно-сосудистого аппарата. Нами отмечены незначительные колебания гемодинамики и функциональной деятельности сердечно-сосудистой системы в виде тахикардии, учащения дыхания, повышения или понижения АД, как правило, при подходе к околопочечной клетчатке, вскрытии ее и манипуляциях на почке.

Эти изменения носят нестойкий характер и после окончания нефроэктомии, нефротомии, послойного зашивании операционной раны и к концу операции выравниваются.

Венозное давление под воздействием оперативного вмешательства не изменяется, а незначительные его сдвиги не нарушают кровообращения. Скорость кровотока умеренно замедляется в первые дни послеоперационного периода, которая к моменту выписки (20—25 дней после операции) у большинства больных нормализуется.

У больных в возрасте 60—65 лет с гипертонической болезнью, органическим заболеванием сердца и сосудов без нарушения кровообращения (митральная болезнь, мио-

кардиодистрофия и миокардиосклероз) оперативное вмешательство по поводу туберкулеза почки, калькулезного пионефроза, гидронефроза и камня почки не вызывает нарушения гемодинамики и стойких изменений в сердечно-сосудистой системе. Однако начало операции характеризовалось умеренным повышением АД (на 20—40—50 мм) с учащением ритма сердца и увеличением числа дыхательных движений. Эти изменения еще больше нарастали в момент разреза мягких тканей, манипуляциях по обнажению и удалению почки, а минимальное давление в это время снижалось и в последующие дни после операции находилось на низких показателях, по сравнению с исходными величинами. ЭКГ-изменения были незначительными в начале и в процессе операции, в особенности в момент обнажения и удаления почки. Указанные незначительные изменения в послеоперационном периоде и к моменту выписки больных из клиники выравнялись до исходного состояния.

Замедленной оказалась в послеоперационном периоде проба Штанге.

В послеоперационном периоде значительных осложнений мы не наблюдали. Мнение об угрожающей опасности операций в преклонном возрасте с органическим заболеванием сердца и сосудов является преувеличенным и требует в каждом отдельном случае индивидуального подхода с учетом показаний и противопоказаний к операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Л. А. Вестн. хир., 1926, т. 5, кн. 15. — 2. Он же и Шаак В. А. Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения до- и послеоперационного периода, М.—Л., 1936. — 3. Козлов Ю. Н. Врач. дело, 1935, 5. — 4. Крикент Р. К. и Петрушевский Б. Н. Русск. клин., 1930, т. 13. — 5. Пытель А. Я. и Туманский В. К. Клин. мед., 1936, 1. — 6. Толстиков Д. Ф. Русск. клин., 1924, стр. 543—547. — 7. Трухалев Н. А. и Заблоская С. А. Клин. мед., 1938, 10. — 8. Шапиро Я. С. Венозное давление. М.—Л., 1937, вып. 1. — 9. Шипицина В. П. Врач. дело, 1930, 1.

Поступила 27 февраля 1959 г.

ОСТАНОВКА РАННИХ ПОСЛЕРОДОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЛИГАТУРАМИ НА СТЕНКУ ШЕЙКИ МАТКИ

М. Г. Воеводина

Чистопольский родильный дом

Борьба с атоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде все еще остается одной из трудных задач и требует дальнейшего выявления надежных кровоостанавливающих способов. Особенно она трудна для практических врачей, работающих в условиях, где не имеется достаточного количества крови для замещения.

Я хочу поделиться способом борьбы с атоническим ранним послеродовым кровотечением, которым пользуюсь с 1949 г.

Предварительно катетером опорожняется мочевой пузырь, во влагалище вводят зеркало с подъемником. Щипцами Мюзо захватываются обе губы *portio vaginalis*. Шейка сильно подтягивается на себя, с ее обеих сторон через боковые своды на высоте не более 1 см накладываются кетгутовые лигатуры путем прошивания всей толщи мускулатуры шейки под контролем пальцев левой руки, введенных в шеечный канал. В одном случае неполной остановки кровотечения накладывалась дополнительно лигатура на заднюю губу шейки (по способу В. А. Лосицкой).

Данную операцию при очень сильном кровотечении желательно производить с приподнятым тазовым концом. В этом положении можно оставить родильницу в течение двух часов и немедленно приступить к переливанию крови и кровезамещающих жидкостей. При отсутствии больших доз крови ее можно переливать дробно. Лигатуры снимаются через 10—12 часов.

В качестве примеров могут служить следующие два случая, при которых пришлось прибегнуть к наложению кетгутовых лигатур.

I. Д., 22 лет, поступила 29/У-59 г. Беременность первая, роды первые. Атоническое кровотечение обусловлено задержкой частей последа при выжимании последа по Креде. Тотчас же произведено ручное обследование полости матки. Удалены кусочки послеродовой ткани. Кровотечение не останавливалось, матка расслаблялась. Произведено инструментальное обследование полости матки, подочно введен 1 мг питутрина. Кровотечение продолжалось, матка оставалась мягкой. Наложены кетгутовые лигатуры на боковые стенки шейки матки вышеописанным способом. Кровотечение остановилось сразу. Общая кровопотеря — 900 мл.

Проведены меры борьбы с кровопотерей. Наступило выздоровление.

II. С., 21 года, поступила 17/ХII-59 г. Беременность первая, роды первые без осложнений. Через 4 ч. 35 мин началось атоническое кровотечение. Произведено инструментальное обследование полости матки. Удалены в большом количестве сгустки и