

торым бронхиальную окклюзию следует проводить лишь в поздние сроки при длительно (10—15 дней) нерасправляющемся легком.

Осуществление бронхиальной окклюзии и удаление пломбы заметно ускоряются и облегчаются применением специального набора инструментов, разработанного в клинике.

Многoletняя совместная работа с педиатрами, внедрение единой организационной системы выявления и комплексного лечения детей с бактериальными деструкциями легких позволили полностью избежать развития хронических эмпием плевры и «прободающих» эмпием (на протяжении последних 7 лет мы не наблюдали ни одного ребенка с этой патологией в зоне Казанского центра детской хирургии); а также дали возможность сократить среднее пребывание больного на койке и значительно снизить летальность. При бактериальных деструкциях легких, включая вторичные формы,

летальность в последние 5 лет составляет 1,2%.

Необходимо отметить, что последовательное систематизированное осуществление комплекса организационных, диагностических и лечебных мер привело к явному положительному медицински обусловленному патоморфозу острых и хронических хирургических заболеваний легких у детей. Основные проявления этого патоморфоза заключаются в исчезновении запущенных, злокачественно протекающих форм заболеваний, более легком клиническом течении и лучших ближайшем и отдаленном прогнозах.

Таким образом, на основании двадцатилетнего опыта хирургии легких у детей можно утверждать, что совместные усилия педиатров и детских торакальных хирургов позволяют добиваться ощутимых успехов в лечении детей этой группы.

Поступила 22.12.88.

УДК 616.351:616.352—007.253—089

О ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

*И. А. Салихов, А. И. Большаков, С. Н. Коломенский, Ю. В. Аржанов,
А. А. Гильмутдинов, А. В. Карпов, Н. К. Старков*

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. А. Салихов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Хронический парапроктит является следствием плохо леченного острого парапроктита и характеризуется наличием внутреннего отверстия в прямой кишке, свищевого хода с перифокальными воспалительными и рубцовыми изменениями в стенке кишки и клетчаточных пространствах таза, а также наружного отверстия на коже промежности [1]. Это довольно распространенное заболевание и встречается, по источникам литературы [2] и по нашим данным, у 15% больных с патологией прямой кишки. По нашему опыту тенденции к снижению заболеваемости не отмечается.

С 1983 по 1986 г. под нашим наблюдением находились 216 больных хроническим парапроктитом, поступивших из районов республики и г. Казани. Возрастной состав больных: до 20 лет — 3 человека, от 21 до 30 — 25, от 31 до 40 — 65, от 41 до 50 — 75, от 51 до 60 — 42, от 61 до 70 лет — 6. Наибольшая частота заболеваний приходится на наиболее работоспособный возраст, причем мужчины болеют в 3 раза чаще, чем женщины, что согласуется с данными и других авторов [1].

Нами замечено, что частота заболевания хроническим парапроктитом среди сельского населения в 2,4 раза выше, чем сре-

ди городского (соответственно 1,034 и 0,43 на 10 тыс. населения), причем чаще болеют лица в возрасте от 41 до 60 лет (59,2%), тогда как среди городского населения заболевание выявляется в основном у лиц в возрасте от 31 до 50 лет (74,1%). Это обусловлено, на наш взгляд, особенностями труда и более пожилым составом сельского населения.

У трети больных (66) хроническому парапроктиту сопутствовали другие заболевания прямой кишки (геморрой, проктит, полипы, анальная трещина). Из 216 больных у каждого десятого наблюдались заболевания различных отделов желудочно-кишечного тракта (гастрит, гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит), у каждого пятого — патология сердечно-сосудистой системы; обнаружены заболевания мочевыводящих путей (12), дыхательной (11) и нервной (8) систем, а также другие болезни (27). 142 (65,7%) пациента занимались физическим трудом, 61 (28,2%) — умственным. Пенсионеров было 13 (6%).

Практически существенно, что половина больных (50,9%) обращается за помощью в первый год заболевания.

Болевой синдром был определен у 122

(56,5%) больных. Боли были разнообразными по характеру и интенсивности. Обычно они усиливались при обострении воспаления, которому сопутствовали повышение температуры и прекращение выделения гноя из свища. У 6 больных выявлена недостаточность сфинктера прямой кишки. У 4 она была I степени. У 2 континенция развилась после нерадикального вмешательства при остром парапроктите, у одного — после операции по поводу экстрасфинктерного свища IV степени, и один вообще не был ранее оперирован. У 2 пациентов установлена недостаточность сфинктера II степени: у одной — после разрыва промежности III степени при родах и у другой — после перенесенного на ногах (нелеченного) острого парапроктита.

Обращает на себя внимание, что значительная часть больных (31,9%) не обращается за медицинской помощью, что свидетельствует о недостаточном уровне санитарно-просветительной работы. Население плохо осведомлено о проктологической службе в районах республики.

103 (47,7%) больным проводились радикальные вмешательства, некоторые были оперированы в поликлинических условиях, что является недопустимым. Отсюда и результат: у 152 (70,4%) больных сразу сформировался хронический свищ, у каждого шестого — в ближайшие полгода. 25 больных, прооперированных ранее, были подвергнуты операции по поводу рецидива хронического парапроктита.

С точки зрения хирургического вмешательства существенно, что преобладает поражение задней крышки (62,5%); передняя крышка была поражена у 62 (28,7%) больных, боковая — у 19 (8,8%). С интрасфинктерными свищами было 30 (13,9%) больных, трансфинктерными — 121 (56,0%), экстрасфинктерными — 49 (22,7%), внутренними неполными свищами — 16 (7,4%).

У каждого пятого больного по ходу свища встречались гнойные поражения клетчатки с образованием полостей и у каждого второго — рубцовые изменения в области внутреннего отверстия свища, что свидетельствовало о запущенности заболевания. Это затрудняет оперативные вмешательства и ухудшает их результаты. Очень часто врачи недооценивают диагностическое значение пробы с синькой. По нашим данным, она оказалась положительной у 163 (75,5%) больных, в то время как диагностические возможности зондовой пробы значительно ниже (38%). Считаю целесообразным применение обеих проб.

Гематологические показатели, по нашим данным, менее информативны и неспецифичны, но в период обострения заболевания дают некоторое представление об интенсивности воспалительной реакции.

Моторика желудочно-кишечного тракта

у больных данной категории, как правило, не страдала, и лишь у 20 (9,3%) пациентов наблюдались поносы или запоры. У 171 (79,2%) больного из наружного отверстия свища выделялся гной, а у 26 (12%) кроме того — слизь, газы, кал и кровь.

При анализе диагнозов, с которыми больные обращались в поликлинику РКБ, были установлены следующие ошибки: не расшифровывалось отношение свища к сфинктеру прямой кишки; больные направлялись с другими диагнозами (анальная трещина, геморрой и т. д.).

По нашим данным, хирурги общего профиля в районах республики недостаточно полно обследуют проктологических больных и нечетко представляют себе классификацию параректальных свищей и их диагностику. Диагнозы подтвердились лишь у 94 (43,5%) из 216 больных, то есть менее чем у половины направленных.

Выбор метода операции определяется отношением свища к волокнам сфинктера, наличием рубцовых изменений в области внутреннего отверстия свища и по его ходу, а также наличием гнойных полостей в клетчаточных пространствах. Из 216 больных прооперировано 209 (96,8%), 7 (3,2%) пациентов лечено консервативно (у 3 свищ был временно облитерирован; у 2 был инфильтрат в промежности; у одного больного проведена санация внутреннего свища через колоноскоп; и, наконец, еще один больной был выписан по семейным обстоятельствам).

209 больным были выполнены следующие виды операций: рассечение свища в просвет прямой кишки — у 2, иссечение свища в просвет прямой кишки — у 59, то же с ушиванием дна раны — у 81, то же с частичным ушиванием дна раны — у 8, то же с дренированием гнойных полостей — у 7, иссечение свища с ушиванием его культи в промежностной ране и задней дозированной сфинктеротомией (метод Рыжика А. Н.) — у 9, то же с перемещением слизистой оболочки дистального отдела прямой кишки — у 3, то же с ушиванием сфинктера — у 3, то же с проведением лигатуры — у 42.

Больные с интрасфинктерным свищом находились в стационаре 6,03 койко-дня до операции и 16,53 — после нее, с трансфинктерным — соответственно 5,22 и 23,19, экстрасфинктерным — 5,56 и 33,11, внутренним — 3,13 и 19,10.

У 178 (85,2%) больных операции были выполнены под интубационным наркозом, так как только этот вид обезболивания позволяет провести полномасштабную операцию при глубоком расположении воспалительного процесса с наличием гнойных затеков в околопрямокишечной и тазовой клетчатке. У 31 (14,8%) больного

применяли местную и эпидурально-сакральную анестезию.

Из ранних послеоперационных осложнений у одного больного возникло кровотечение, у 9 — нагноение раны; у 2 прооперированных по поводу экстрасфинктерных свищей отмечалось медленное заживление раны; у одной больной на 20-й день после операции был иссечен сформировавшийся внутренний свищ; одна больная была выписана домой на время формирования наметившегося рецидива свища. Двое пациентов через небольшой срок после операции госпитализированы повторно с жалобами на дискомфорт, боли в промежности и анальном канале при дефекации. После консервативного лечения они были выписаны здоровыми.

Для анализа более отдаленных результатов оперативного лечения больных хроническим парапроктитом (до 3 лет) нами были разосланы анкеты 200 больным, ранее оперированным в проктологическом отделении РКБ. Ответ получен от 71 больного. Анализ ответов на вопросы анкеты показал, что все больные в основном довольны операцией. Из 71 больного жалобы были у 18 (25,3%). Их беспокоили ноющие боли, зуд в промежности и послеоперационном рубце; у некоторых из них из ануса выделялась слизь. У 2 больных появились опухолевидные образования по ходу послеоперационного рубца (признаки рецидива заболевания); один больной с рецидивом был прооперирован повторно; 8 (11,3%) больных отмечали слабость сфинктера (непостоянно удерживают газы). Нетрудоспособность

больных длилась в среднем 43,6 дня (от 1 до 5 мес). Сменили профессию 15 человек, на легкий физический труд сроком от одного до 2 лет были переведены 18 (24%) больных.

ВЫВОДЫ

1. Хронический парапроктит является весьма распространенным, составляя 15% всех проктологических заболеваний.

2. Больные с острым парапроктитом в 31,9% случаев не обращаются за врачебной помощью, а обратившиеся за ней не получают радикального лечения на местах.

3. Половина больных хроническим парапроктитом направляется с неправильно установленными диагнозами, что свидетельствует о недостаточной проктологической подготовке хирургов общего профиля на местах.

4. В каждом районе должен быть выделен врач, выполняющий обязанности проктолога.

5. Необходимо усилить санитарную пропаганду по проктологическим заболеваниям среди населения районов ТАССР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дульцев Ю. В., Саламов К. Н. // В кн.: Парапроктит. — М., Медицина, 1981.
2. Милитарев Ю. М., Бабкин В. Я., Асатиани В. М. и др. // В кн.: Материалы IV конференции врачей-проктологов РСФСР. — М., 1973.
3. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. // В кн.: Проктология. — Медицина, 1984.

Поступила 16.02.88.

УДК 616.62—006.6—07:547.962.4

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ β_2 -МИКРОГЛОБУЛИНА В МОЧЕ И КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А. Р. Беляев, М. Э. Ситдыкова, А. Ю. Зубков, Е. В. Бегичева

Кафедра урологии (зав. — проф Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Казанская городская клиническая больница № 6 (главврач — В. И. Зайцев), Республиканская клиническая больница (главврач — С. В. Абуладзе) МЗ ТАССР

Функциональное состояние почек и верхних мочевых путей нередко обуславливает вид и характер оперативного лечения рака мочевого пузыря. Одним из тестов нарушения функции почек является определение содержания низкомолекулярного белка β_2 -микроглобулина (β_2 -МГ) в крови и моче. Концентрация протеина в крови и моче изменяется при ряде воспалительных, аутоиммунных, инфекционных, онкологических заболеваний [2, 3].

Целью нашей работы было исследование уровня β_2 -МГ в сыворотке крови и моче у больных раком мочевого пузыря. Больным проводили общеклиническое, лабораторное, инструментальное, радиоизотопно-рентгенологическое обследования. Концентрацию

β_2 -МГ определяли с помощью радиоиммунологического анализа стандартных наборов «Phadebas β_2 -microtest 100» (фирма «Pharmacia», Швеция).

Кровь у пациентов брали натощак из локтевой вены в количестве 4—5 мл. Больной после опорожнения мочевого пузыря принимал 200—250 мл воды, через 1—1,5 ч собирал мочу для исследования. Определяли pH собранной мочи, при pH 5,5 ее реакцию доводили до 5,5—6,5. Пробы мочи и сыворотки крови хранили при температуре -20° в течение месяца.

Обследовано 49 человек в возрасте от 49 до 70 лет. Среди них было 10 здоровых лиц (1-я контрольная группа), 5 больных с хроническим циститом (2-я группа), 23 —