

облегчало уход за больными и не влияло на заживление раны.

Экстренную аденомэктомию провели 12 (2,2%) больным в возрасте от 50 до 76 лет по следующим показаниям: уретроррагия, невозможность катетеризации и опасность троакарной цистостомии из-за рубца после нижнесрединной лапаротомии. Срочная аденомэктомия (до 24 ч с момента поступления) была выполнена 43 (7,9%) больным. До операции катетеризировали мочевого пузыря. Отсроченную аденомэктомию произвели у 51 (9,4%) больного в возрасте от 56 до 96 лет. Вначале экстренно накладывали троакарную цистостому по общепринятой методике, затем через 10 сут после обследования и подготовки приступали к аденомэктомии с глухим швом мочевого пузыря. Остальным 439 (80,5%) больным делали плановую аденомэктомию также с глухим швом мочевого пузыря.

С 1982 г. аденомэктомию простаты проводили под перидуральной анестезией. Если раньше при заболеваниях легких и сердечно-сосудистой системы осуществить плановую операцию под эндотрахеальным наркозом было невозможно, то благодаря применению перидуральной анестезии оперируем больных с тяжелой сопутствующей патологией.

УДК 618.1:616.94—08—039.35

В. А. Мошарев, Л. Г. Михайлова, И. А. Озерец (Ленинград). Инфузионная терапия при гнойно-септических заболеваниях в акушерско-гинекологической практике

Приводим результаты лечения больных в возрасте от 20 до 40 лет с инфицированными выкидышами, осложненными метроррагией и сепсисом, с гнойными мешотчатыми заболеваниями придатков матки и перитонитом.

Больные 1-й группы (20 чел.) наряду с обычной комплексной терапией получали гемодез, во 2-й (30) — полидиз. Для контроля были проанализированы истории болезни 12 больных (3-я группа) с аналогичными патологическими процессами, которым кровезаменители дезинтоксикационного действия не назначали.

Гемодез и полидиз применяли внутривенно капельно в дозе 400—450 мл ежедневно в течение 3—5 дней. Анализ результатов лечения через 3—5 дней от начала комплексной терапии показал, что общее состояние больных улучшилось, ознобы прекратились, у большинства больных восстановился диурез.

Показатели интоксикации у больных гнойно-септическими заболеваниями до и после комплексной терапии ($M \pm m$)

Группы больных	СОЭ, мм/ч	Температура тела, град.	Количество лейкоцитов, $\cdot 10^9/\text{л}$	ЛИИ
1-я	48,3 \pm 3,5 45,9 \pm 4,1	38,3 \pm 0,2 37,4 \pm 0,01*	13,2 \pm 1,8 9,3 \pm 0,8*	6,7 \pm 0,5 3,0 \pm 0,4*
2-я	46,4 \pm 3,1 39,2 \pm 2,2	38,9 \pm 0,1 37,0 \pm 0,05*	10,0 \pm 0,8 7,1 \pm 0,4*	8,2 \pm 0,7 2,7 \pm 0,2***
3-я	35,7 \pm 4,2 41,2 \pm 5,4	38,5 \pm 0,2 37,8 \pm 0,1*	10,2 \pm 1,0 9,8 \pm 1,3	6,3 \pm 0,6 4,2 \pm 0,8

Примечание. В числителе — показатели до лечения, в знаменателе — после него;

* различие между этими показателями до и после лечения статистически достоверно ($P < 0,005$); ** различие между данными 1 и 2-й групп статистически достоверно ($P < 0,02$).

У 16 больных 1-й группы состояние стало удовлетворительным, у 4 — средней тяжести; во 2-й группе — то же соответственно у 21 и 9 больных. В контрольной группе в те же сроки состояние у всех больных было среднетяжелым.

После применения полидиза у больных значительно снизилась температура тела (см. табл.). Применение гемодеза сопровождалось также снижением температуры, но нормализация ее в те же сроки не наблюдалось ни у одной больной. В контрольной группе у больных температура тела оставалась еще достаточно высокой.

Под влиянием лечения уменьшилось число лейкоцитов, более выражено у больных 2-й группы, хотя степень их снижения в среднем и в 1 и во 2-й группах была практически одинаковой. У больных, получавших полидиз, быстрее исчезала токсическая зернистость нейтрофилов и уменьшалось количество палочкоядерных нейтрофилов. В те же сроки обследования у больных контрольной группы улучшения формулы белой крови не наблюдалось. После лечения у всех больных, получавших полидиз, нормализовался диурез, в то же время у 4 больных из 20, леченных гемодезом, полного восстановления диуреза не наступило.

Наиболее демонстративной была динамика изменения лейкоцитарного индекса интоксикации (см. табл.). Менее показательными были сдвиги СОЭ, что, по-видимому, связано с коротким сроком от начала лечения. Более значительное снижение СОЭ выявлялось только к концу пребывания больных в стационаре.

Для выяснения механизма антидетоксического действия гемодеза и полидиза были проведены опыты *in vitro*, в которых исследовали влияние кровезаменителей на миграционную активность лейкоцитов в пятиканальных плоских капиллярах. С этой целью кровь 10 больных гнойно-септическими заболеваниями смешивали с гемодезом и полидизом (соотношение крови и кровезаменителя — 3:1) и инкубировали при 37° в течение одного часа, затем определяли миграционную активность лейкоцитов по методу В. Г. Виноградовой.

Миграция лейкоцитов больных до лечения была снижена по сравнению с нормой (около 4 мм для донорской крови) и составляла в среднем $0,79 \pm 0,046$ мм. Инкубирование крови больных с кровезаменителями приводило к достоверному увеличению миграции лейкоцитов до $2,5 \pm 0,11$ мм для гемодеза и $3,18 \pm 0,25$ мм для полидиза ($P < 0,05$).

На основании полученных результатов лечения больных гнойно-септическими заболеваниями, а также с учетом того, что процесс дезинтоксикации во многом зависит от активности лейкоцитов и состояния периферического кровообращения, можно сделать вывод о выраженных дезинтоксикационных свойствах изученных кровезаменителей с некоторым преимуществом полидиза.

УДК 616—006.6—003.972

С. Б. Петров (Казань). Морфогенез стромы и метастазирование злокачественных опухолей

Изучено влияние объема и характера стромы, микроциркуляторного русла и лимфоидной инфильтрации на метастазирование раковых опухолей. Исследовано 340 раковых опухолей желудка, молочной железы, легких и толстой кишки; проведен морфостереометрический анализ; ис-