

Таблица 2

Урофлоуметрические показатели после пластики уретры по методу Хольцова

Операции	Число больных	Группы	
		контрольная V _{max} мочеиспускания	основная V _{сред.} мочеиспускания
Пластика уретры по методу Хольцова без катетера	34	15—20	17,5 мл/с
Пластика уретры по методу Хольцова с постоянным катетером	62	5—15	10 мл/с

оставляли катетер при пластике уретры по методу Хольцова на 3—4 дня, а по методу Соловова — на более длительные сроки (7—12 дней). Длительность нахождения постоянного катетера в уретре в послеоперационном периоде, по нашим данным, колеблется в среднем от 3 до 7 дней. Результаты лечения стриктур уретры с оставленным после операции катетером и без него оценивали визуально по струе мочи при мочеиспускании после удаления постоянного катетера путем проведения урофлоуметрии, уретрографии, контрольного бужирования.

Результаты контрольной урофлоуметрии после пластики уретры у больных различных групп показаны в табл. 2. Установлено, что чем дольше находится катетер в уретре после операции, тем хуже состояние просвета уретры. Основными причинами этих заниженных показателей надо считать, очевидно, отек места анастомоза от длительного присутствия катетера в уретре и воспалительных изменений с последующим рубцеванием. С учетом собственных и литературных данных об отрицательном влиянии постоянного катетера мы в своей дальнейшей работе в большинстве случаев при пластике уретры по методу Хольцова полностью отказались от постоянного катетера и применяли его лишь в тех случаях, когда не было четкости в выполнении анастомоза при сопоставлении концов уретры. При этом мы пользовались диаметром катетера на 2—3 номера меньше по шкале Шарьера и устанавливали его после операции всего на 2—3 дня. Итого без постоянного катетера после оперативного вмешательства по поводу стриктур нами было пролечено 34 пациента.

В послеоперационном периоде, кроме обычной медикаментозной терапии и ухода за пассажем мочи, нами этим пациентам проводились ежедневные инстилляций в уретру растворов антибиотиков и смазывающих веществ (синтомициновая эмульсия, левомеколь, катаджель, инстиллагель) с целью предупреждения образования пробок из сгустков крови и слизи в количестве 5—10 мл в течение 7 дней. Показанием к назначению ин-

стилляций в уретру антибиотиков была профилактика воспаления. При таком методе послеоперационного ведения пробное мочеиспускание мы проводили с 8—10-го дня после операции. При хорошей струе мочи и нормальных показателях урофлоуограммы переводили больных на полное самостоятельное мочеиспускание на 12—14-й день после операции с удалением дренажной трубки из ЭЦС. Контрольное бужирование, как правило, не выполняли. Послеоперационный койко-день сокращался таким образом в среднем на 5—6 дней (при пластике уретры по методу Хольцова с дренированием уретры — 20 койко-дней, а по методу Хольцова без дренирования уретры — 14).

Клиническим примером различного исхода операции с постоянным катетером и без него может служить больной Г., 41 года, который в 1998 г. получил травму уретры с исходом в стриктуру. Больного неоднократно оперировали по этому поводу: пластика уретры по методу Хольцова с установлением постоянного катетера на 9 дней в 1998 г., пластика уретры по методу Соловова в 1999 г., трансуретральная резекция при рецидивах стриктур уретры с оставленным катетером на различные сроки в октябре 2000 г. Поступил в нашу клинику с диагнозом: рецидивная стриктура луковичного отдела уретры протяженностью 1,5—2 см. В марте 2001 г. ему была выполнена пластика уретры по методу Хольцова без постоянного катетера. Послеоперационный период протекал без осложнений; на 10-й день после операции самостоятельное мочеиспускание восстановилось, сужения нет (см. рис.).

Отдаленные результаты лечения стриктуры уретры, прослеженные у 105 больных, также показали разницу в последствиях оперативного вмешательства и послеоперационного ведения больных с постоянным катетером и без него. У пациентов, леченных без постоянного катетера (34 чел.), по анкетным данным и результатам контрольного обследования, жалоб со стороны мочеполовой системы было заметно меньше или они полностью отсутствовали, а показатели урофлоуметрии и уретрографии не отличались от нормы. Следовательно, постоянный катетер после операции по поводу стриктур уретры, как это рекомендует автор метода Хольцов, не является обязательным.

УДК 616.37 — 002.1 — 089.86 — 089.819.4 : 611.423

З.М. Насртдинов, Р.Ш. Шаймарданов (Казань). Регионарная лимфотропная терапия при остром панкреатите

Летальность при остром панкреатите (ОП) до настоящего времени остается высокой и без дифференциации его клинических форм составляет 8—9,5%, а при инфицированном панкреонекрозе достигает 60—80%. Поэтому разработка лечебных мероприятий, направленных на уменьшение перехода неструктивных форм панкреонекроза в деструктивные и предупреждение гнойных осложнений при ОП является одной из актуальных проблем в неотложной панкреатологии. Одним из путей решения этой задачи представляется достижение высокой концентрации антибиотиков и цитостатических препаратов в поджелудочной железе (ПЖ) путем их селективного введения.

Нами в клинике неотложной хирургии КГМА и БСМП г. Набережные Челны при лечении различных форм ОП у 75 больных применен метод регионарной лимфотропной терапии (РЛТ). У 50 больных была отечная форма ОП, у 25 — острый асептический панкреонекроз. Ранее у этих больных была проведена катетеризация круглой связки печени с введением в парапанкреатическое пространство лекарственной смеси. Эту манипуляцию выполняли под УЗИ-контролем с использованием иглы Верещагиной фирмы “Эндомед”, исключавший при этом риск повреждения паритальной брюшины. В случае применения диагностической и лечебной лапароскопии катетер устанавливали под лапароскопическим контролем.

С целью определения зоны распространения лекарственной смеси при РЛТ и необходимого объема для инфильтрации пара- и ретропанкреатической клетчатки нами проведены экспериментальные исследования на 10 трупках. Установлено, что для распространения вводимой жидкости в зоне головки ПЖ необходимо ввести 90–100 мл жидкости, головки и тела — 150–200 мл, до уровня хвоста — 250 мл.

При РЛТ вводили цитостатики (5-фторурацил), антибиотики (цефалоспорины III поколения — фортум, клофаран). В качестве лимфотропного препарата использовали лидазу (16–32 ед.) и 0,25% раствор новокаина.

При отечном панкреатите РЛТ применяли у 50 больных, для этого были установлены катетеры в круглую связку печени: 42 — под УЗИ-контролем, 8 — под лапароскопическим контролем. Препараты вводили один раз в сутки капельно в следующей последовательности: сначала 16 ед. ли-

токсикации (ЛИИ), индекс нейтрофильного ответа (ИНО) и сроки стационарного лечения (см. табл.).

Несмотря на несомненную эффективность РЛТ при отечном панкреатите, считаем, что она показана только больным с более тяжелым течением. Отечный панкреатит обычно разрешается при проведении общепринятой комплексной терапии.

Среди больных с асептическим панкреонекрозом была выделена группа из 25 пациентов, у которых в комплексе общепринятой терапии (спазмолитическая, антибактериальная, инфузионная, детоксикационная с включением ингибиторов протеаз) проводили РЛТ. Схема лечения при этом была такой же, как в случае отечного панкреатита, но, в отличие от последней, в нее добавляли антибиотики (фортум, клофаран по 1,0) и увеличивали дозы цитостатиков (5-фторурацил): в 1-й день — 750 ед., во 2-й — 500 ед. и в 3-й — 250 ед.

В группе сравнения из 25 пациентов с острым асептическим панкреонекрозом РЛТ в комплексе лечения не было. Результаты лечения в основной и группе сравнения значительно различались и их оценивали по тем же показателям, как и при отечном панкреатите (см. табл.).

Анализ результатов лечения показал, что 10 больных основной группы из группы средней степени перешли в группу легкой степени тяжести на 2–3-и сутки, а 13 — на 5–6-е сутки. У 3 больных этой группы на 3–4–6-й дни состояние было оценено как тяжелое. У одного больного это было связано с прогрессированием деструктивных изменений в ПЖ и развитием гнойного панкреатита, у другого — с развитием постнекротического инфильтрата. У третьего больного тяжесть состояния была обусловлена желудочно-кишечным кровотечением из острых эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, только у 2 больных тяжелое состояние было вызвано прогрессированием деструктивного процесса в ПЖ и гнойными осложнениями.

В группе сравнения 9 больных из группы средней степени были переведены в группу легкой степени тяжести на 5-е сутки, а 9 — на 8–9-е сутки. 6 больных, напротив, в сроки от 3 до 10 суток перешли в группу тяжелой степени, что было вызвано прогрессированием деструктивного процесса, а у 2 из них — гнойными осложнениями.

Сроки лечения больных основной группы составили 16 3, а в группе сравнения — 24 3 сутки.

УДК 616.155.392—02.616.31—002—022

Т.С. Чемикосова (Уфа). Изменение микробного пейзажа в полости рта при лейкозе

Нарушения общего и местного иммунитета, связанные с лейкозами и их цитостатической, антимикробной и гормональной терапией, создают благоприятные условия для развития экзогенной и эндогенной оральной микрофлоры и проявления ее патогенных свойств. Нередко симптомы поражения слизистой полости рта появляются раньше клинических признаков основного заболевания, что заставляет больного лейкозом обращаться к стоматологу. Диагностика вида сто-

Сроки нормализации клинко-лабораторных показателей при ОП (в днях)

Показатели	Отечный панкреатит		Асептический панкреонекроз	
	основная группа	группа сравнения	основная группа	группа сравнения
Гиперамлаземия	2–3	4–5	3–4	5–6
Лейкоцитоз	2–3	4–5	3–5	7–8
Уровень билирубина	2–3	3–4	4–5	6–8
Температура тела	2–3	4–5	5–6	7–8
Пульс	2	5	2–3	2–3
ЛИИ	3–5	6	6–7	8–9
ИНО	4	6–7	6–7	8–9

дазы, через 15 минут — 250 тыс. ед. 5-фторурацила в 150–200 мл. 0,25% раствора новокаина. Антибиотики не использовали. Кратность РЛТ зависела от течения заболевания. При быстром купировании болевого синдрома и нормализации клинко-лабораторных показателей сроки РЛТ варьировали от 2 до 3 дней, а при более затяжном течении — до 4–5 суток. При этом цитостатические препараты вводили в течение 2–3 дней.

Эффективность РЛТ оценивали по сравнительным данным с результатами лечения 50 больных группы сравнения с ОП отечной формы, которым в комплекс лечения РЛТ не включали. О результатах лечения судили по нормализации следующих показателей: амлаземия, лейкоцитоз, уровень билирубина в плазме крови, температура тела, пульс, лейкоцитарный индекс ин-