

կան փոխադարձ կապի հարցը հաստ աղիքի ֆունկցիոնալ և բորբոքային հիվանդություններով տառապող հիվանդների մոտ:

Անձնական հարցաթերթիկի օգնությամբ, որը մշակվել է Լենինգրադի Բեխտերևի անվան հոգեներոլոգիական ինստիտուտի աշխատակիցների կողմից, վերլուծվել են վերը նշված պաթոլոգիայով տառապող հիվանդների անձնական առանձնահատկությունները:

Բացահայտված են հիվանդության հետ առնչվող որոշակի տիպեր. ավելի հաճախ հայտնաբերված են ներասթեհիկ, տագնապալի, սեամաղձային տիպեր:

Հայտնաբերված շեղումները շտկվել են պսիխոտրոպ միջոցներով, որոնք նշանակված են բազիսային թերապիայի ֆոնի վրա:

Վերահիշյալ միջոցներով բուժումը բարենպաստ ազդեցություն է ունեցել հիմնական հիվանդության դինամիկայի վրա:

K. S. GABOUZYAN, K. A. SARKISSIAN, A. S. AHARONIAN

PSYCHOSOMATIC CORRELATIONS IN PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND INFLAMMATORY DISEASES OF THE LARGE INTESTINE

The state of psychoemotional sphere is investigated in patients with syndrome of irritated large intestine and chronic colitis. The personal characteristics of such patients are given as well as their complex treatment is worked out.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. В кн.: Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. М., 1983, с. 102.
2. Тополянский В. Д., Струковская М. В. В кн.: Психологические расстройства. М., 1986, с. 383.
3. Федоров В. Д., Дульцев Ю. В. В кн.: Проктология, М., 1984, с. 382.
4. Freilberger H. Therapiewoche, 1978, 28, 7034.

УДК 616.61

А. В. АИВАЗЯН, М. Г. САРКИСЯН

ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЛОСТЕЙ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Рассмотрены преимущества и недостатки разных методов дренирования полостей почки—пиелостомия, нефростомия, пиелонефростомия, нефропиелостомия. Наиболее адекватным способом дренирования полостей почки является пиелонефростомия, облегчающая последующую смену дренажа, не деформирующая лоханку и обеспечивающая хороший отток мочи.

Показания к дренированию полостей чашечно-лоханочной системы почки за последние годы значительно расширились, что связано с разработкой концепции о лоханочно-почечных рефлюксах, пониманием сущности этиологии и патогенеза острых и хронических гнойных заболеваний почек и мочевых путей.

При обструкционно-ретенционном гнойном пиелонефрите полости лоханочно-чашечной системы пораженной почки вследствие полной

обтурации пиелоуретерального соустья или мочеточника могут не сообщаться с мочевым пузырем. Восстановление нарушенного оттока мочи при целом ряде гнойно-воспалительных заболеваний почек (острых и хронических), опухолевых процессах в лоханке и мочеточнике, мочевом пузыре определяет необходимость проведения срочных операций пиело-или нефростомии. В связи с тем, что эти операции проводятся не только в урологических, но и хирургических стационарах, существуют многочисленные модификации как в проведении самой операции, так и в закреплении почечного дренажа, что имеет чрезвычайно важное значение для результатов проведенной операции. Следует дифференцировать: пиелостомию, пиелонефростомию, нефростомию и уретро-пиелонефростомию, что принципиально важно. Операция пиелонефростомии подразумевает проведение дренажной трубки из лоханки через верхнюю, среднюю или нижнюю чашечки, в то время как при нефропиелостомии дренажная трубка проводится через паренхиму почки в лоханку, как правило, без учета топографии чашечек. Необходимость при ряде пластических операций на лоханочно-мочеточниковом сегменте проведения уретеро-пиелонефростомии, дабы учесть топографию чашечек, диктует проведение экстреторной или ретроградной уретеропиелографии.

Дренирование лоханочно-чашечной системы может быть постоянным или временным. Временное дренирование имеет целью разгрузить почку и применяется, когда состояние больного или гнойно-воспалительный процесс не позволяет произвести пластическую операцию или нефрэктомию в один этап. Показанием для постоянной пиелонефростомии является двусторонняя гидронефротическая трансформация, при которой обе почки настолько поражены, что оставшаяся почка не в состоянии обеспечить функцию удаленной почки. Постоянная пиелонефростомия может оказаться необходимой при гидронефротической трансформации и поликавернозном туберкулезе единственной почки, когда другими консервативными и пластическими операциями невозможно восстановить пассаж мочи.

Пиелонефростомия при обструкционно-ретенционном пиелонефрите и его гнойных формах более показана, нежели пиелостомия. При некоторых анатомических особенностях лоханки пиелостомия невыполнима, в частности, при небольших размерах лоханки и внутрипочечном ее расположении. После пиелостомии могут развиваться грубые рубцовые изменения в самой лоханке и в парапелвикулярной клетчатке в результате орошения инфицированной мочой синуса почки и наличия дренажной трубки. При фиксации дренажной трубки к лоханке последняя перестает сокращаться, что также ведет к рубцовым изменениям. И, наконец, при пиелостомии смена дренажной трубки в отличие от пиелонефростомии встречает затруднения.

Таким образом, пиелонефростомия имеет ряд преимуществ перед пиелостомией. Ю. А. Пытель и И. И. Золотарев [2] находят, что при выполнении пиелонефростомии следует учитывать особенности чашечек, в частности нижней, так как она выполняет роль гидравлического буфера, понижающего внутрилоханочное давление, в силу чего

при пиелонефростомии дренажную трубку следует проводить через среднюю или верхнюю чашечку. С этим положением трудно не согласиться. В течение последних 20 лет при необходимости дренировать полости чашечно-лоханочной системы, постоянно или временно, мы предпочитаем производить пиелонефростомию, исходя из вышеизложенных соображений.

Нами произведена пиелонефростомия 44 больным. Вскрываем лоханку на небольшом протяжении, не более 1 см в поперечном направлении; на возможно большем удалении от пиелоуретерального сегмента. Через разрез лоханки в среднюю или верхнюю чашечку проводим изогнутый зажим, которым перфорируем паренхиму почки, затем им же захватываем дренажную трубку и, извлекая зажим, конец дренажной трубки устанавливаем в лоханке. Рану лоханки ушиваем тонким кетгутовым швом. Независимо от применения методики пиелонефростомии чрезвычайно важное значение мы придаем методике закрепления дренажа. Из многочисленных методов фиксации дренажной трубки (фиксация через паренхиму почки, к капсуле почки, лоханке и др.) мы предпочитаем следующую методику: во время установки дренажной трубки необходимо опустить почечный валик и, сделав на уровне свища контрапертуру на коже, параллельно операционному разрезу, прикрепить дренажную трубку шелковой нитью к коже. После снятия операционных швов в течение недели оформляется пиелонефростомический канал, по которому свободно производят смену дренажной трубки. Исходя из клинических наблюдений считаем, что дренажная трубка (диаметр от 3—4 до 6—7 мм) должна применяться из полихлорвинилового материала или силиконизированной резины в зависимости от возраста больного и патологического процесса в почке. Чтобы уменьшить травму почечной паренхимы при пиелонефростомии, следует использовать изогнутые инструменты, соответствующие по габаритам нефростомическому дренажу. Целесообразно применять двухходовые дренажи (один из каналов диаметром до 0,1—0,2 см) либо установить рядом с дренажной тонкую трубку. Это позволит в послеоперационном периоде проводить местное лечение растворами антисептиков, вводимых капельно по тонкому дренажу.

В нашей монографии [1] изложены основные принципы проведения чрескожной пункционной нефропиелостомии, но она может быть проведена при условии использования рентгентелевизионного и особенно ультразвукового контроля, что обеспечивает безопасность и надежность проведения этой операции. Нельзя рекомендовать производство пункционной нефропиелостомии вслепую, несмотря на несложность методики.

Таким образом, при необходимости проведения дренирования полостей лоханочно-чашечной системы почки должна проводиться операция пиелонефростомии, что обеспечивает надежность дренирования, не вызывает осложнений в послеоперационном периоде и облегчает смену дренажной трубки.

ԱՎԱԶԱՆԱՔԱԺԱԿԱՅԻՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ԴՐԵՆԱՎՈՐՈՒՄԸ

Ներկայացված է երիկամի խոռոչների դրենավորման տարբեր եղանակների առավելությունների և թերությունների համեմատական գնահատականը:

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտությունները դրենավորման տարբեր մեթոդներից (պիելոստոմիա, նեֆրոստոմիա, նեֆրոպիելոստոմիա, պիելոնեֆրոստոմիա) լավագույնն է համարվում վերջինը:

Պիելոնեֆրոստոմիան լիովին ապահովում է երիկամի խոռոչների ցամաքեցումը, չի առաջացնում ավազանի դեֆորմացիա և հեշտացնում է նոր խողովակի տեղադրումը:

A. V. AYVAZIAN, G. S. SARKISSIAN

THE DRAINAGE OF THE CALICULUS-PERVICAL SYSTEM

The advantages and shortcomings of different methods of the kidney drainage are collated. The investigations show, that one of the most adequate and available methods of drainage of the kidney cavity is pyelonephrostomy. This method makes easier the following change of the drainage, does not deformate the renal pelvis and improves the urine outflow.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Айвазян А. В., Войно-Ясенецкий А. М. Острые заболевания почек и мочевых путей. М., 1985.
2. Пытель Ю. А., Золотарев И. И. Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей. М., 1987.

УДК 616.381—002

Р. А. ГРИГОРЯН, В. М. АРУТЮНЯН

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА (обзор литературы)

В современной клинической практике инфузионная терапия, направленная на устранение гемодинамических и метаболических нарушений, является важнейшим компонентом комплексного лечения больных с разлитым перитонитом (РП) [15, 18, 29, 32]. Ее основными задачами являются восстановление и поддержание нормального объема и состава внутриклеточной и внеклеточной жидкости, устранение нарушений центральной и периферической гемодинамики, дезинтоксикация организма, улучшение реологических свойств крови и функций жизненно важных органов, а также коррекция метаболических нарушений [10, 12, 19, 20, 27, 28]. В то же время неправильная инфузионная тактика в отдельных случаях может не только усугубить состояние больного, но и стать причиной фатального исхода [23].

В связи с этим для реализации задач инфузионной терапии требуется в каждом конкретном случае соблюдать ряд принципов. Одним из них является оптимальный подбор инфузионных сред, опреде-