

как тяжелейшее состояние больного не позволяет искать желаемый терминальный отдел.

Более полное опорожнение кишечника будет достигнуто, если свищ будет наложен на терминальный отдел, и менее эффективным — если на начальный отдел той же кишки.

К подвесной энтеростомии мы прибегаем строго по жизненным показаниям. Всего оперировано с 1954 г. по настоящее время 17 человек. Все они до наложения кишечного свища были на грани смерти, что дает право категорически утверждать, что у 13 больных переломным моментом в благоприятную сторону послужила энтеростомия.

У больных до наложения кишечного свища была ясно выражена картина перитонита. Наряду с резким вздутием живота, отсутствием перистальтики кишечника, учащенным и слабым пульсом, признаками раздражения брюшины, были значительные изменения крови (ускоренная РОЭ, у 13 больных она превышала 40 мм/час, лейкоцитоз, у 15 больных было свыше 17 тыс. лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 9 больных).

Подвесная энтеростомия нами наложена при перитонитах самой разнообразной этиологии. Больные были в возрасте от 6 до 63 лет. Свищи у 4 больных были наложены лапаротомно в правой подвздошной области, у 10 — в левой и у 3 — через срединный разрез. Операции проведены под местным обезболиванием. Предварительно на петлю накладывался кисетный шов, затем в центре его вскрывался проколом при помощи скальпеля просвет кишки и вставлялась резиновая трубка диаметром 0,7—0,8 см. Для лучшей фиксации на конец дренажа, отступя на 2 см, надевалась резиновая муфта шириной около 0,7 см, которая погружалась в просвет кишки. Последующее затягивание кисетного шва прочно фиксирует трубку в нужном положении. Петля кишки обычно вплотную соприкасается с париетальной брюшиной, и если дополнительно ниткой кожного шва фиксировать трубку, то этого бывает достаточно для прочного удержания ее на месте. Иногда трубка на 4—5 день операции самостоятельно выпадала, как это было у 6 больных, но это не сказалось отрицательно на дальнейшем течении, ибо содержимое продолжало свободно выделяться через открытую рану. В остальных случаях трубка удалялась на 7—8 день, после чего на рану накладывалась мазевая повязка.

Вскоре после наложения кишечного свища, наряду с улучшением общего состояния, изменялись и показатели крови, это в первую очередь касается количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы, которые на 3—4 день операции возвращались обычно к норме. К моменту выписки значительно повышалось содержание гемоглобина, лишь РОЭ у многих оставалась ускоренной.

После операции умерли 4 человека. Один из них умер на 3-й день после энтеростомии от упадка сердечной деятельности; одна больная, оперированная по поводу осложненной ущемленной грыжи, умерла на 4 сутки после резекции кишечника и через 12 часов после наложения кишечного свища. Ребенок умер через сутки после наложения свища от интоксикации. Одна больная умерла через месяц от сепсиса.

У 7 больных свищ закрылся самостоятельно в течение 17—26 дней. У 6 больных свищи были ликвидированы оперативно через месяц путем клиновидной резекции участка тонкой кишки с последующим ушиванием.

Из приведенных 17 больных 8 оперированы в клинике, остальные — в районных больницах Удмуртской АССР — автором и сотрудниками клиники.

Следует отметить, что при послеоперационных перитонитах любой этиологии, когда консервативные мероприятия не дают положительного эффекта, подвесная энтеростомия в большинстве случаев дает хорошие результаты.

Поступила 2 января 1961 г.

ОПЫТ ПЕРЕСАДКИ МОЧЕТОЧНИКОВ В КИШЕЧНИК

Канд. мед. наук А. А. Айдаров и Р. Г. Альбекова

Кафедра урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской больницы (главврач — Н. И. Полозова)

При пересадке мочеточников в кишечник основными осложнениями являются восходящая инфекция, перитонит, развитие гуморального синдрома гиперхлоремического ацидоза и появление рефлюкса, доминирующее значение в развитии которого имеют нейрогенные факторы, связанные с травмой и нарушением иннервации устьев мочеточников.

Проблема пересадки мочеточников в кишечник приобретает особую значимость в связи с вопросом о лечении злокачественных опухолей мочевого пузыря, врожденных аномалий развития мочевого пузыря (экстрофия мочевого пузыря), а также при неоперабельных облитерациях уретры и пузырновлагалищных мочевых свищах у женщин.

Изучение биохимических показателей крови до и после операции уретеро-сигмостомии имеет не только теоретический интерес, но и большое практическое значение в смысле предоперационной подготовки этой группы больных и ведения их в послеоперационном периоде.

С 1953 г. по 1960 г. нами у 14 больных изучались биохимические показатели крови после операции пересадки мочеточников в кишечник по поводу различных заболеваний мочевого пузыря.

Из 14 больных у 5 произведена операция пересадки мочеточников в сигмовидную и прямую кишку. Из них двое больных страдали злокачественными опухолями мочевого пузыря; одной больной произведена пересадка обоих мочеточников в кишку по поводу мочепузырно-влагалищного свища, а другой — одного мочеточника по поводу мочеточниково-влагалищного свища, и одному больному произведена пересадка левого мочеточника в сигму при прорастании рака прямой кишки в мочеточник.

При одномоментной операции цистэктомии и пересадки мочеточников в кишку оба больных, страдавших раковыми опухолями мочевого пузыря, умерли в сроки от 2 до 6 месяцев.

У 9 больных с экстропией мочевого пузыря произведена операция по А. И. Михельсону.

Мы оценивали результаты как хорошие, когда у больных в ближайшие и в отдаленные сроки наблюдения (от 2 до 5 лет) не отмечалось восходящей инфекции, гиперхлоремического ацидоза, они хорошо удерживали мочу и мочились не более 5—6 раз в сутки, не было кишечных расстройств. Удовлетворительный результат получен у больного 29 лет, который совершал акт мочеиспускания через 1,5—2 часа днем, но ночью временами мочу не удерживал. У него наблюдались полужидкий стул 3—4 раза в сутки, периодическое обострение пиелонефрита, сопровождающееся повышением температуры, ознобами и изменением картины крови и мочи.

ВЫВОДЫ

1. При одновременной пересадке обоих мочеточников в кишку, без замыкательного аппарата устьев мочеточников, у всех наших больных наблюдались восходящая инфекция и гиперхлоремический ацидоз.

2. При пересадке одного мочеточника в кишку как в послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки после операции восходящей инфекции и гиперхлоремического ацидоза нами не наблюдалось.

3. При операции везико-сигмостомии по Михельсону по поводу экстропии мочевого пузыря с сохранением замыкательного аппарата устьев мочеточников в течение 5—15 дней после операции наблюдался гиперхлоремический ацидоз, не превышающий 5% исходного уровня.

4. При экстропии мочевого пузыря гиперхлоремический ацидоз зависит от состояния мочевыводящей системы (от ее атонии) и возраста больных (чем моложе возраст, тем менее выражен гиперхлоремический ацидоз).

Поступила 6 октября 1961 г.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУРАХ УРЕТРЫ

Доц. В. П. Смеловский и Л. А. Кудрявцев

Факультетская хирургическая клиника (зав. — доц. М. П. Макаров) Куйбышевского медицинского института и урологическое отделение (науч. руководитель — доц. В. П. Смеловский) Куйбышевского межобластного госпиталя для инвалидов Отечественной войны (нач. — В. П. Колеватых)

Травматические стриктуры уретры, являясь обычно результатом разрыва уретры вследствие перелома тазовых костей или ушиба промежности, требуют довольно сложного хирургического лечения с длительным послеоперационным периодом и иногда с последующим инструментальным лечением в виде систематического бужирования в течение продолжительного срока.

Нередко у этих больных потом отмечается ряд изменений со стороны органов мочеполовой системы, как осложнения или последствия первоначальной травмы или связанные с оперативным вмешательством и последующим лечением. Они проявляются в виде стойких воспалительных изменений со стороны нижнего и верхнего отдела мочевой системы, нередко с нарушением в той или иной степени функции почек, а также в ряде изменений и со стороны половых органов — орхоэпидидимитов, простатитов и стойкой импотенции.

Вопрос об осложнениях при травматических стриктурах уретры недостаточно изучен и мало освещен в литературе.