

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.

Для выяснения вопроса об осложнениях со стороны органов мочевой системы при травматических стриктурах уретры мы провели изучение 110 больных, большей частью с отдаленными сроками после травмы и последующего хирургического вмешательства по поводу стриктур. Наибольшая часть этих больных оперировалась авторами в факультетской хирургической клинике в 1936—1959 гг. и в госпитале для инвалидов Отечественной войны в 1946—1960 гг. и небольшая часть оперировалась в других лечебных учреждениях. Материал изучался, помимо личного наблюдения в процессе лечения, по данным историй болезни и путем специального обследования вызванных больных в стационаре и поликлинике.

Из общего числа изучавшихся больных 77 были оперированы по разным методам — по Б. Н. Хольцову, П. Д. Соловову, преимущественно по А. В. Вишневскому и в последнее время — по Иогансону. Небольшой части из обследованных больных (10%) восстановление проходимости уретры производилось в отделениях экстренной хирургии при первоначальной травме по Брейнгарду (цистостомия с ретроградной катетеризацией).

Из общего числа подвергавшихся оперативному лечению по поводу стриктуры уретры 54 оперировались в первые 2 года после травмы и 23 — в более поздние сроки. Оперирован повторно 21 человек.

Большая часть стриктур была в результате травмы мирного времени (101, из них 9 — ятрогенного происхождения: камнесечение, аденомэктомия, введение инструментов), 9 — военного.

Преобладали стриктуры мембранозно-простатического отдела уретры, образовавшиеся после переломов костей таза (56); стриктуры переднего отдела, главным образом бульбозной части, в связи с травмой промежности встретились у 24 человек.

У всех изученных нами больных с травматическими стриктурами различной давности, как у оперированных по разным методам, так и у неоперированных, были разнообразные осложнения со стороны органов мочевой системы. Осложнения развивались в основном вследствие инфекции. Длительное неподвижное положение в постели у оперированных после травмы или позднее, по поводу стриктуры способствует застою мочи и возникновению инфекции. Продолжительное пребывание катетеров и дренажей в мочевом пузыре и уретре в послеоперационном периоде также поддерживает инфекцию и способствует выпадению солей и камнеобразованию не только в нижних, но и в верхних мочевых путях. Постоянное нарушение оттока мочи у больных с травматической стриктурой уретры способствует камнеобразованию. Мочекаменная болезнь поэтому является довольно частым осложнением при стриктурах уретры.

Из 110 наших больных с травматическими стриктурами уретры калькулез наблюдался у 22 (у 13 — камни мочевого пузыря и уретры и у 9 — камни почек и мочеточников). Это были больные с наиболее длительными сроками лечения с продолжительным пребыванием в стационаре при неоднократном вмешательстве и с последующим бужированием. У всех больных камни оперативно удалялись, причем у трех с резко инфицированным калькулезным гидронефрозом пришлось прибегнуть к нефрэктомии.

Постоянная инфекция мочевых путей — неизбежное явление у больных со стриктурами уретры. При этом нередко держится стойкая колибактериальная инфекция. Как наиболее тяжелый результат длительной инфекции наблюдается пиелонефрит, приводящий иногда к летальному исходу.

Вследствие затруднения в разной степени мочеоттока у больных, длительно страдающих сужением мочепускающего канала, очень нередко развиваются пиелозкислая и гидронефроз, которые могут быть и односторонними, и двусторонними.

Нами, кроме вышеуказанных случаев тяжелого калькулезного гидронефроза, наблюдались пиелозкислая и выраженный гидронефроз с нарушением функции почек у 5 больных (4,5%). Наиболее часты осложнения у больных с травматическими стриктурами уретры у неоперированных и оперированных в послеоперационном периоде и позднее — стойкие, большей частью вяло протекающие циститы, а иногда и цистопиелиты. Они возникают и поддерживаются длительным дренированием мочевого пузыря после операции и бужированием уретры, а также остающейся иногда после операции рубцовой стриктурой. Систематическое бужирование может поддерживать инфекцию в уретре и вышележащих мочевых путях.

Циститы встречаются больше чем в 50% с щелочной реакцией мочи и иногда с значительным содержанием белка (до 1,5 мг%) и обуславливаются стафилококками, диплококками, стрептококками и кишечной палочкой. Последняя нередко держится у больных в моче и после выписки из лечебных учреждений. У наших больных моча была инфицированная с щелочной реакцией и с разнообразной вульгарной флорой в 57,2%.

Нередкое осложнение у больных с травматическими стриктурами уретры — периуретральные абсцессы с последующими свищами уретры. Они связаны все с тем же длительным пребыванием дренажей и катетеров в уретре в послеоперационном периоде и с постоянной инфекцией. В некоторых случаях она ведет к абсцессам периуретральных желез с переходом гнойно-воспалительного процесса на стенку уретры с расплавлением ее и периуретральных тканей.

У наблюдавшихся нами больных с травматическими стриктурами они были у 11 и преимущественно в заднем отделе. Свищи передней уретры у наших больных отме-

чались значительно реже, по-видимому, в силу большой подвижности этого отдела. Большой эластичности здесь и лучшего кровоснабжения слизистой. Образование свищей в переднем отделе приходилось наблюдать после уретротомии по А. В. Вишневному, когда для создания более широкой канализованной уретры приходилось пользоваться толстой и малоэластичной дренажной трубкой.

Иногда при послеоперационных рубцовых стриктурах, даже при нерезко выраженных, могут развиваться дивертикулы в застриктурной части уретры. Нам пришлось наблюдать дивертикул уретры у одного больного, оперированного у нас в 6-летнем возрасте по поводу травматической стриктуры мембранозно-простатического отдела уретры и обследованного через 12 лет после операции. При удовлетворительной функции мочеиспускания у него постепенно образовался дивертикул в застриктурной части, который он всякий раз после мочеиспускания освобождал от скопившейся мочи надавливанием пальцев глубоко в промежности. В дивертикуле образовались камни, которые за последние 2 года пришлось дважды удалять путем цистотомии.

Описанные осложнения установлены большей частью у больных со стриктурами заднего отдела уретры и в меньшей — в переднем отделе. Они развивались и более тяжело протекали при давних и недостаточно леченных стриктурах.

Из обзора нашего многолетнего клинического материала и литературных данных вытекает следующее:

1. Тяжесть и длительность лечения травматических стриктур уретры обуславливаются не только основным страданием, но и рядом осложнений со стороны мочеполовой системы, нередко наступающих в процессе длительного и технически сложного хирургического лечения этих больных, а также в разные сроки после выписки из клиники.

2. Наиболее тяжелы осложнения при травматических стриктурах уретры — мочекаменная болезнь (по нашим данным, в 20%), пиелонефрит (в 10%), гидронефроз (в 4,5%), свищи уретры (в 4%) и циститы (в 57,2%).

3. Меньший процент осложнений дают стриктуры переднего отдела уретры и методы операций с наиболее коротким послеоперационным и межэтапным периодом, с непродолжительным применением постоянного катетера и дренирования пузыря, не требующие последующего бужирования, как, например, операции по Б. Н. Хольцову, П. Д. Соловову и по Иогансону.

4. При современных методах оперативного лечения большинство оперированных с травматическими стриктурами уретры по выписке из стационара подлежат периодическому обследованию в порядке диспансерного наблюдения для предупреждения и своевременного устранения нередко тяжелых осложнений со стороны мочевой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гужагина И. Н. Урология, 1958, 3.—2. Gerlaugh R. L., Rattner W. H., Murphy T. I. The J. of Urology, 1959, 6.—3. Johanson B. Ztschr. f. Urolog., 1953, 6.—4. Moffet I. D. a. Coddord D. W. J. Urology, 1954, 72.

Поступила 20 июня 1961 г.

ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ АКТГ И КОРТИЗОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОЖИСТЫХ ВОСПАЛЕНИЙ

Асс. М. Г. Валеева и В. Г. Горюнова

Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Н. П. Васильева) на базе III инфекционной больницы (главврач — Ф. Д. Трофимова) г. Казани и кафедра патологической физиологии (зав. — доц. Н. И. Вылегжанин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

При первичном рожистом воспалении пенициллинотерапия эффективна. Однако у больных часто наблюдается повторное заболевание рожей, и многократное лечение пенициллином уже мало эффективно и совершенно не предотвращает рецидивов.

Причину частых рецидивов трудно связать только с микробным фактором, по-видимому, состояние макроорганизма, его общая реактивность являются тем решающим фактором, который и определяет течение и исход болезни.

Рецидивное рожистое воспаление следует рассматривать как аллергическую реакцию организма. Имеется большое количество работ о лечении кортизоном и АКТГ болезней, в патогенезе которых значительное место занимает аллергический компонент.

Мы провели наблюдения за 24 больными рожистым воспалением, которым с лечебной целью назначался кортизон или АКТГ.