

ОБ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ

М. И. Маврин

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Для лечения больных с небольшими гидронефрозами, развившимися вследствие коротких стриктур в лоханочно-мочеточниковом сегменте, наибольшее распространение получила операция Фолей с многочисленными модификациями (А. П. Фрумкин, 1957; Боннин, 1959; И. М. Быков, 1962; Боркве, 1960, и др.).

При гидронефрозах, возникших на почве длинных стенозов в прилоханочной части мочеточника, показана резекция пораженной области и лоханки с последующей уретеропиелонеостомией (А. Я. Абрамян, 1956; Лих, Маурер, Барнес, 1956; Бишофф, 1957; С. Д. Голигорский, А. М. Кацыф, 1961; Кучера, 1963).

Т. Джибсон (1956) и П. Бишофф (1957) при выраженных гидронефрозах применяют лоскутный анастомоз с блоковым иссечением большей части лоханки без отделения мочеточника. Это обеспечивает наиболее низкое расположение соустья с широким воронкообразным выходом из него и предупреждает развитие кругового рубца.

Мы располагаем наблюдениями над 17 больными, которые подверглись консервативно-пластическим операциям по поводу гидронефров различной этиологии. У 8 из них были произведены пластические операции, у 2 — резекции добавочного сосуда с удалением нижнего полюса почки, у 1 — резекция aberrантного сосуда, у 3 — уретеролизис и у 3 — резекции полюса почки при частичном гидронефрозе.

У 6 больных органосохраняющие операции были произведены при длинных (1,5—2 см) стенозах лоханочно-мочеточникового сегмента, у 1 — при высоком отхождении мочеточника, у 1 при стриктуре в средней трети мочеточника. У 6 больных была осуществлена симметричная резекция лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента, у 1 — операция по Лихтенбергу — Гринчаку, у 1 — резекция мочеточника.

Среди наших больных было 7 мужчин и 10 женщин, из них в возрасте 10 лет был 1, от 20 до 30 лет — 6, от 31 года до 40 лет — 6, от 41 до 50 лет — 4 больных. Левая почка была поражена гидронефрозом у 10 больных, правая — у 7. Симптом Пастернацкого был положительным в разной степени выраженности у 10 больных. Гидронефротическая почка прощупывалась у 4 больных. При микроскопическом исследовании осадка мочи пиурия установлена у 8 больных, микрогематурия — у 4. Экскреторная урография выявила удовлетворительную динамику опорожнения пораженной почки у 8 больных, резкое ослабление выделительной функции почки — у 8, отсутствие функции — у 1. На ретроградной пиелограмме отчетливое сужение лоханочно-мочеточникового сегмента обнаружено у 5 больных, высокое отхождение мочеточника — у 1, сужение мочеточника в средней трети — у 3, поперечный дефект наполнения в прилоханочном отделе мочеточника — у 3, искривление мочеточника в области лоханочно-мочеточникового сегмента — у 1, резкое расширение одной почечной чашечки — у 4. У 6 больных лоханки были расположены внепочечно, значительно расширены и атоничны, с количеством остаточной мочи от 120 до 180 мл, в связи с чем была произведена симметричная резекция лоханки с оставлением губы шириной 1—1,5 см от почечной паренхимы. Мочеточник пересекали ниже сужения, дистальный конец его рассекали продольно на 1,5—2 см, подтагивали кверху и сшивали с нижней половиной культи лоханки. Выше анастомоза на края культи лоханки накладывали отдельные кетгутовые швы. При наложении пельвиуретерального анастомоза мы пользовались тонким хромированным кетгутом и атравматическими иглами. Снижение внутрилоханочного давления и уменьшение просачивания мочи в околопочечную клетчатку достигалось при помощи полиэтиленовой трубки диаметром 3—4 мм, вводимой в лоханку без интубации области анастомоза. Для подавления инфекции по дренажу в лоханку ежедневно вводили антибиотики. К почке подводили дренажную трубку на 9—10 суток так, чтобы конец дренажа не прилегал к области анастомоза. Дренаж из лоханки удаляли через 8—9 дней после того, как убеждались, что индигокармин, введенный по дренажу в лоханку, поступал в мочевой пузырь. Поступление мочи в рану прекращалось в первые же сутки после удаления дренажа из лоханки.

Так как резекция лоханки с полным пересечением мочеточника, по мнению ряда авторов (А. Я. Абрамян, 1956; И. М. Быков, 1962, и др.), нарушает проходимость перистальтической волны через анастомоз, то к уретеропиелонеостомии следует прибегать лишь при развитых гидронефрозах, возникших на почве длинных стенозов лоханочно-мочеточникового сегмента, где поражение нервно-мышечного аппарата может иметь необратимый характер.

При гистологическом исследовании пельвиуретеральной области у всех наших больных обнаружена неодинаковой интенсивности инфильтрация воспалительными клеточными элементами всех слоев стенки мочеточника, замещение мышечных воло-

кон соединительной тканью, уменьшение количества эластических волокон в адвентиции. В гистологических срезах лоханочно-мочеточникового сегмента, обработанных методом Бильшовского — Гросс, установлены дегенеративные изменения мякотных нервных волокон в мышечном слое.

Контрольное обследование 6 больных, подвергшихся резекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента с последующей уретеропиелонеостомией, в сроки от 2 месяцев до 1,5 лет показало, что наряду с исчезновением болей значительно улучшилась функциональная способность оперированной почки, размеры лоханки и чашечек уменьшились.

У одной больной гидронефроз наступил через 4 месяца после операции подшивания прямой кишки по методу Кюммеля — Зеренина, во время которой была повреждена стенка мочеточника. Развитие гидронефроза сопровождалось резко выраженным болевым синдромом. Через год после резекции суженной части мочеточника у этой больной совершенно исчезли боли, восстановилась проходимость мочи по мочеточнику и нормализовалась функция почки.

У одного больного с инфицированным гидронефрозом на почве стриктуры прилоханочного отдела мочеточника пластическая операция по методу Лихтенберга — Гринчака оказалась малоэффективной. Спустя 3 месяца после операции, несмотря на применение антибиотиков и сульфаниламидов, мы вынуждены были прибегнуть к нефрэктомии. Неудачу пластической операции можно объяснить запущенностью гидронефротического процесса, осложненного пиелонефритом.

Причиной гидронефроза у 3 больных был добавочный сосуд почки, перекрещивающий мочеточник у места выхода его из лоханки. Двум больным сделана резекция добавочного сосуда с резекцией нижней половины почки, одному — резекция аберрантного сосуда. При контрольном обследовании 3 больных в сроки от 3 месяцев до 2 лет было отмечено восстановление функции почки, улучшение динамики лоханки и мочеточника, исчезновение почечных болей.

Литературные данные о возможности пересечения добавочных сосудов почки противоречивы. А. П. Фрумкин (1957), Е. Михаловский и В. Модельский (1958), Михон (1960), Л. М. Берман и Л. Н. Куринова (1961) и др. предостерегают от пересечения крупных сосудов ввиду возможности некроза значительной части почечной паренхимы. Другие же авторы (А. Я. Абрамян, 1956; М. П. Воскресенский, 1957; Дерматес, 1956; Момбертс, 1960; Н. Х. Ситдыков, 1960; Ринше, 1961, и др.) считают, что опасность расстройства кровообращения в почке после перерезки полюсного сосуда преувеличена. Чтобы избежать перевязки аберрантного сосуда, Михаловский и Модельский (1958) рекомендуют укладывать его в туннель из складки передней стенки лоханки с транспозицией сосуда выше лоханочно-мочеточникового сегмента (Бросиг, Коллвитц, 1964).

Трем больным был произведен уретеролизис; при этом обнаружено, что мочеточники у них сдавливались плотными соединительнотканными тяжами без образования перегиба. Все трое находились под нашим наблюдением в течение 3 лет. У двух из них полностью восстановилась трудоспособность и улучшилось общее состояние. У одного больного приступы острых болей сменились тупыми болями, на экскреторной пиелограмме видно, что размеры лоханки и чашечек заметно сократились; однако в моче найдено повышение количества лейкоцитов.

У трех больных обнаружен частичный гидронефроз. По данным А. Я. Пытеля (1959) и Я. Кучера (1963), ретенционная дилатация почечной чашечки развивается вследствие функциональной недостаточности ее нервно-мышечного аппарата на почве воспалительных изменений или камня, обтурирующего шейку чашечки. Трем больным с гидрокаликозом произведена плоскостная резекция полюса почки с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. У трех больных в просвете дилатированной чашечки обнаружен камень.

Наш опыт показывает, что при далеко зашедших стадиях гидронефроза без явлений выраженного пиелонефрита, развившегося на почве стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента, резекция пораженной области и лоханки с последующей уретеропиелонеостомией вполне оправдана. Более широко следует ставить показания к консервативно-пластическим операциям при гидронефрозе у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. В кн.: Гидронефрозы. Медгиз, М., 1956.
2. Берман Л. М. и Куринова Л. Н. В кн.: Труды IV Всесоюз. конф. урологов. 1961. Медгиз, М., 1963.
3. Быков И. М. Урология, 1962, 4.
4. Воскресенский М. П. Там же, 1957, 3.
5. Голигорский С. Д., Кацыф А. М. Там же, 1961, 1.
6. Пытель А. Я. В кн.: Лоханочно-почечные рефлюксы и их клиническое значение. Медгиз, М., 1959.
7. Ситдыков Н. Х. В кн.: Тр. Казанского ГИДУВа, 1960.
8. Фрумкин А. П. Урология, 1957, 3.
9. Харитонов И. Ф. Казанский мед. ж., 1961, 1.
10. Bischoff P. Urologia Internationalis, 1957, 5, 1, 21.
11. Bonnin N. Med. J. Australia, 1959, 1, 4, 104.
12. Bourgue J. P. Canad. J. surg., 1960, 3, 2, 121.
13. Brosig W., Kollwitz A. A. Urologe (Berl.), 1964, 3.
14. Dermates J. J. Urol., 1956, 62, 12, 739.
15. Gibson T. E. J. Urol., 1956, 75, 1, 1.
16. Кучера Я.

В кн.: Хирургия гидронефроза и уретерогидронефроза. Госиздат, М., 1963. — 17. Lich R., Maurer J. a. Barnes M. J. Urol., 1956, 75, 1, 12. — 18. Michalowski E., Modelski W. Z. Urol., 1958, 51, 10, 569. — 19. Michon L. Acta urol. belg., 1960, 28, 1, 122. — 20. Momberts J. Acta urol. belg., 1960, 28, 1, 137. — 21. Rinsche K. Z. Urol., 1961, 54, 9, 531.

УДК 616.24—616.61

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

В. А. Колодизнер

Новокуйбышевская детская больница (главврач — В. В. Паршина)

Состояние почек при хронических заболеваниях легких у детей изучено недостаточно. Встречаются лишь указания на возможность развития амилоидоза почек при бронхоэктатической болезни, на появление в момент обострения хронической пневмонии у детей раннего возраста в моче изменений, говорящих о нарушениях типа очагового нефрита или пиелита (С. М. Гавалов, К. В. Лапина и др.).

Участившиеся в последнее время случаи развития у детей хронических воспалительных очагов в почках и сенсибилизирующее влияние этих очагов на детский организм, помимо прямого влияния инфекции в почках, заставляют с большим вниманием отнестись к этим заболеваниям и их связи с другими, в частности с хроническими заболеваниями бронхо-легочного аппарата (хроническая пневмония, бронхиальная астма). Исходя из этого мы и предприняли изучение некоторых сторон деятельности почек и водно-минерального обмена у 40 детей, состоящих на диспансерном учете в кабинете легочной патологии и прошедших лечение в нашем стационаре.

В возрасте до 3 лет было 6 детей, от 3 до 7 лет — 18, от 7 до 10 лет — 7, старше 10 лет — 9. Девочек было 15, мальчиков — 25.

У 19 детей была только хроническая пневмония, у 21 — бронхиальная астма и хроническая пневмония. Хроническая пневмония I ст. (по С. П. Борисову) выявлена у 14 детей, II ст. — у 23, III ст. — у 3. Бронхиальная астма (по С. Ю. Каганову) инфекционно-аллергической природы была у 19 детей, аллергической — у 2; средней тяжести она была у 12, тяжелой — у 9; с I ст. хронической пневмонии она сочеталась у 7, со II ст. — у 14. Тяжелая астма, как правило, сочеталась со II ст. хронической пневмонии.

Изменения в моче, свидетельствовавшие о наличии в почках воспалительного процесса, отмечены нами у 14 детей. У 9 детей эти изменения выражались в наличии лейкоцитов (до 40—50), единичных эритроцитов, цилиндров, почечного эпителия в большом количестве, в альбуминурии. У 4 детей изменения в моче были стойкими и держались в течение всего пребывания в стационаре, несмотря на лечение. При урологическом обследовании таких детей патологии не было обнаружено. Не выявлено разницы в картине мочи у детей с одной хронической пневмонией и с бронхиальной астмой и хронической пневмонией.

Менее выраженные изменения в моче были у 5 детей. К ним мы отнесли наличие единичных эритроцитов, почечного эпителия, большого количества слизи в моче. Эти изменения были нестойкими и быстро исчезали в процессе лечения основного заболевания. Проба Зимницкого была нормальной у всех детей.

Проба Каковского — Аддиса была поставлена 31 ребенку. В группе детей от 2 до 7 лет содержание лейкоцитов в двенадцатичасовой моче до 100 тыс. обнаружено у 8 детей, от 100 тыс. до 1 млн. — у 11, т. е. ни у одного ребенка оно не превышало возрастных норм (по Тебловой). У 2 детей с обострением хронической пневмонии II ст. содержание эритроцитов в моче превышало 100 тыс. (больше нормы), что может свидетельствовать о повышении проницаемости капилляров у этих детей. При обычном же анализе мочи эритроциты не были обнаружены. Из 12 детей в возрасте от 8 до 14 лет содержание лейкоцитов до 100 тыс. найдено у 2 детей, от 100 тыс. до 1 млн. — у 8, свыше 1 млн. — у 2 детей с тяжелой хронической пневмонией. У этих 2 детей количество лейкоцитов превышало возрастную норму, что могло говорить о сопутствующем воспалительном процессе в почках. После лечения количество лейкоцитов снизилось до нормальных цифр. Что касается эритроцитов, то у 2 детей оно было в пределах 100 тыс., у 3 — несколько выше, но ни у одного ребенка количество эритроцитов не превышало возрастных норм. Разницы в результатах пробы Каковского — Аддиса у детей с хронической пневмонией и с бронхиальной астмой мы не отметили. Таким образом, нарушения со стороны деятельности почек по этой пробе были отмечены у 4 детей.

Изучение пробы Мак-Клора было проведено в динамике лечения у всех 40 детей. Полученные цифры сравнивались с нормальными показателями по М. С. Маслоу (1948). В группе детей от 2 до 5 лет проба была ускорена у 7 из 16, при этом