

У 6 больных нами произведена цистэктомия с пересадкой мочеточников в кишку. У 4 больных цистэктомия производилась одномоментно, у 2 — двухмоментно. Все больные умерли в сроки от 2 мес. до 1 года 6 мес.: 2 — от метастазов, 4 — от уросепсиса и 1 (спустя 3 мес. после операции) — от двустороннего пиелонефроза.

2 больным раком мочевого пузыря имплантировали мочеточники в кишку по Ми-ротворцеву в качестве первого этапа операции. Ни один больной не дожил до второго этапа.

У 4 больных с иноперабельным раком мочевого пузыря нами применялись сарколизин и круцин по методике, предложенной Л. С. Ерухимовым, В. П. Золотцевым и С. В. Каграминовым. Сарколизин назначали перорально по 20 мг через день. Суммарная доза — 320 мг. Круцин вводили по 1500 ед. внутримышечно 2 раза в день в течение одного месяца. Суммарная доза — 90 000 ед. 3 из этих больных до применения химиопрепаратов подвергались лучевой терапии. После проведенного курса телегамматерапии улучшения у них не наступило. Спустя 2,5—3,5 мес. в стационарных условиях мы применили лечение сарколизином или круцином в сочетании с другими лечебными средствами — переливанием крови и витаминотерапией. По нашим наблюдениям, круцин дает клиническую ремиссию на 8—10 мес.: несколько улучшается самочувствие больных, прекращается гематурия, уменьшается количество мочеиспусканий, исчезают боли внизу живота, несколько уменьшаются опухолевые разрастания, исчезает перифокальный воспалительный процесс. Введение круцина больные переносят хорошо, он не вызывает таких побочных явлений, как сарколизин (тошноту, рвоту и лейкопению). Из 4 больных одна умерла через 6 мес. с момента лечения сарколизинотом от уросепсиса. 2 больных в течение 10 мес. периодически продолжают лечиться круцином, находясь в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

1. Терапия типичных папиллярных фиброэпителиом дает хорошие непосредственные результаты и удовлетворительный прогноз после эндовезикальной электрокоагуляции.

2. После трансвезикальной электрокоагуляции и эксцизии злокачественных опухолей мочевого пузыря наблюдается большой процент рецидивов. Эту операцию применять не следует.

3. Основными методами лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря являются резекция мочевого пузыря и цистэктомия. При резекции мочевого пузыря следует соблюдать принцип максимального радикализма. Цистэктомии же следует совершенствоваться.

4. Химиопрепараты при раке мочевого пузыря дают ремиссию.

5. Все больные с опухолями мочевого пузыря должны находиться под диспансерным наблюдением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерухимов Л. С., Золотцев В. П. и Каграминов С. В. Урология, 1962, 3. — 2. Ерухимов Л. С. Там же, 1963, 6. — 3. Корин Д. Л. и Марусев Е. А. Там же, 1964, 1. — 4. Полонский Б. Л. Там же, 1962, 1; 1963, 5. — 5. Пытель А. Я. Там же, 1964, 3.

УДК 611.83—611.617—616.61

ИЗМЕНЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Н. М. Иванов

*Кафедра анатомии человека (зав.—проф. А. Г. Коротков) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Патологические изменения нервных элементов мочеточников при различных заболеваниях верхних мочевых путей пока еще мало изучены. Имеются лишь отдельные краткие описания нервного аппарата мочеточников при некоторых патологических процессах: при гидронефрозах (Х. Хеблер, 1923), атонии мочеточников (С. Н. Лисовская и С. Г. Симонсон, 1932), при туберкулезе почек, нефролитиазе, опухолях почек (Ю. А. Пытель, 1962).

Предметом настоящего сообщения являются результаты гистологического исследования различных отделов 27 мочеточников, удаленных во время операции у больных, страдавших гидронефрозом, туберкулезом почки и атонией мочеточников.

Материал фиксировали в 12% растворе нейтрального формалина и обрабатывали солями азотнокислого серебра по методу Бильшовского — Грос.

При атонии мочеточника выявляются значительные деструктивные изменения как мягкотных, так и безмякотных нервных волокон и их окончаний, которые залегают во всех слоях мочеточника и прослеживаются на всем его протяжении. Однако наибольшее количество дегенерированных нервных волокон оказалось в мышечном слое, где они проходят в составе нервных стволов (рис. 1) или же залегают между мышечными волокнами.

Как правило, такие же измененные нервные волокна в стенке мочеточника наблюдаются при всех формах почечного туберкулеза независимо от длительности заболевания. По-видимому, нервная система очень рано вовлекается в болезненный процесс при поражениях почек, как и некоторых общих заболеваниях под влиянием токсических веществ и обменных нарушений, появляющихся в организме больного. Лишь в начальных стадиях гидронефроза каких-либо изменений в нервных элементах моче-

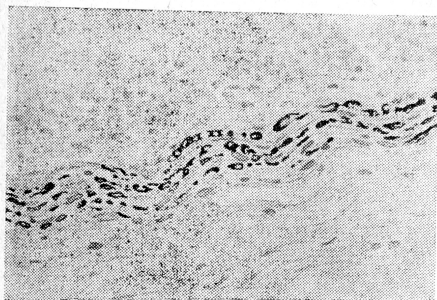


Рис. 1. Дегенерация мягкотных волокон в мышечном слое средней трети мочеточника больного, страдавшего атонией мочеточника. Бильшовский — Грос. Об. 40, ок. 10.

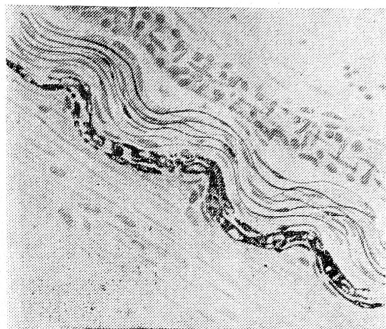


Рис. 2. Внутривольная дегенерация мягкотного нервного волокна в мышечном слое лоханочно-мочеточникового сегмента мочеточника больного гидронефрозом. Бильшовский — Грос. Об. 40, ок. 10.

точников не определяется. И только при более тяжелых и далеко зашедших проявлениях данного заболевания наблюдаются довольно резкие изменения мягкотных нервных волокон и их окончаний, начиная от повышенной аргентофилии осевых цилиндров и появления варикозностей по их ходу до полного зернистого распада (рис. 2).

Изменения нервных элементов при урологических заболеваниях неспецифичны, так как деструкция нервных элементов описывается многими авторами во многих тканях и органах при целом ряде других заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисовская С. Н. и Симонсон С. Г. Вестн. рентген. и радиол., 1932, т. 10. — 2. Макаренко И. В. Иннервация мочеточников человека. Автореф. канд. дисс., Одесса, 1960. — 3. Плечкова Е. К. Строение и реактивные свойства афферентных систем внутренних органов. Медгиз, М., 1960. — 4. Пытель Ю. А. В сб.: Вопросы нормальной и патологической морфологии периферической нервной системы. Волгоград, 1962. — 5. Харитонов И. Ф. Урология, 1962, 2. — 6. Naebler H. Z. Urol., 1923, 17.

УДК 616.718.4—616—001—616.72—001.6

О ТРАВМАТИЧЕСКИХ ВЫВИХАХ БЕДРА

А. Л. Латыпов

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. — проф. Л. И. Шулутко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе Института ортопедии и травматологии (директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)

Травматические вывихи бедра по данным В. В. Гориневской составляют 2—4% всех вывихов. Из общего числа больных, лечившихся в стационарах по поводу травматических вывихов, с вывихами бедра насчитывается 19—20% (Б. К. Бабич, Г. А. Баиров, Н. А. Любошиц и др.).