

лечение заключалось в промываниях мочевого пузыря и инстилляциях антисептических растворов.

У 92 больных ТУР применяли как самостоятельный метод диагностики, без предварительной пункционной биопсии (рак железы был выявлен у 79 из них), и у 45 — после повторной пункционной биопсии, не обнаружившей признаков злокачественного роста. В результате применения ТУР у 15 больных с отрицательными данными трансректальной биопсии и у 3 с отрицательными данными трансвезикальной биопсии рак предстательной железы найден впервые соответственно у 9 и 3 больных. ТУР, проведенная после промежуточной биопсии, подтвердила диагноз рака предстательной железы у всех 5 обследованных больных, в то время как промежуточная биопсия выявила рак у 4.

После ТУР наблюдались осложнения, которые удалось излечить консервативным путем: тромбозомболия легочной артерии — у 1, перфорация шейки мочевого пузыря — у 1, позднее кровотечение (на 8—10-й день) — у 8 больных. Летальных исходов не было. У всех больных с острой задержкой мочи или с остаточной мочой после ТУР восстановилось самостоятельное мочеиспускание без остаточной мочи, у 25 больных с мочепузырным надлобковым свищем наступило его заживление.

Таким образом, ТУР предстательной железы с диагностической и лечебной целью при подозрении на рак произведена у 137 больных. Рак предстательной железы обнаружен у 118 (86,1%). Следует отметить, что у 13 больных был выявлен рак предстательной железы, не распознанный методами пункционной биопсии. У 19 больных, у которых не обнаружено элементов рака при гистологическом исследовании после ТУР, при динамическом наблюдении в течение 5 лет рак предстательной железы не был выявлен. 6 из них в последующем подверглись аденомэктомии, при гистологическом исследовании рака простаты также не установлен.

ВЫВОДЫ

1. Сопоставительный анализ результатов применения различных методов биопсии предстательной железы с целью дифференциальной диагностики рака показал более высокую эффективность ТУР по сравнению с другими методами.
2. Гистологическое исследование срезов, полученных при ТУР, дает достоверные сведения о наличии злокачественного роста в ткани предстательной железы.
3. ТУР — ценный лечебный метод при раке предстательной железы с нарушением мочеиспускания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маринбах Е. Б. Злокачественные опухоли предстательной железы. М., Медицина, 1967.— 2. Рябинский В. С., Чеченин М. Г., Демьянова Л. А. Урол. и нефрол., 1973, 5.— 3. Balogh F., Szendroi Z. Cancer of the prostate. Budapest, 1963.— 4. Bissada N. K. J. Urol., 1977, 118, 1.

Поступила 30 января 1979 г.

УДК 616.62—003.7—089.879—036.65

О РЕЦИДИВАХ НЕФРОУРЕТЕРОЛИТИАЗА

Э. Н. Ситдыков, Р. Г. Альбекова

Кафедра урологии Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) и курс нефрологии при кафедре терапии № 1 (зав.— доц. Р. И. Хамидуллин) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Реферат. Установлено, что рецидивы нефроуретеролитиаза чаще возникают после комбинированных операций и пиелолитотомии. Предрасполагающими факторами являются хронический пиелонефрит и нарушение уродинамики. С удлинением сроков наблюдения (более 10 лет) увеличивается частота рецидивов заболевания. Рекомендуется длительная диспансеризация.

Ключевые слова: нефроуретеролитиаз, оперативное лечение, рецидивы.
1 таблица. Библиография: 5 названий.

Несмотря на большое число работ, посвященных мочекаменной болезни, вопрос об отдаленных исходах хирургического лечения ее в литературе освещен недостаточно, данные о рецидивах заболевания противоречивы.

Нами изучены отдаленные результаты на сроках от 4 до 20 лет у 231 из 792

Частота рецидивов после хирургического лечения мочекаменной болезни

| Характер операции | Всего про- оперировано больных | Обследованы на отдален- ных сроках | Число лиц, у которых вы- явлены рецидивы | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|---|------|
| | | | абс. | % |
| Нефрэктомия | 79 | 23 | 4 | 17,4 |
| Нефростомия | 13 | 3 | — | — |
| Нефролитотомия | 76 | 22 | 6 | 27,3 |
| Пиелолитотомия | 281 | 100 | 45 | 45,0 |
| Уретеролитотомия | 286 | 68 | 14 | 20,6 |
| Комбинированные операции | 40 | 15 | 7 | 46,7 |
| Прочие операции | 17 | — | — | — |
| Итого | 792 | 231 | 76 | 32,9 |

оперированных по поводу нефроуретеролитиаза (см. табл.). Рецидивы выявлены у 76 чел. (большинство из них — в возрасте от 31 до 50 лет).

Наибольшая частота рецидивов отмечена после комбинированных операций и пиелолитотомии. В числе факторов, способствующих рецидиву заболевания, значительное место занимает пиелонефрит, на что указывают и другие авторы [2—4]. А. Ф. Учугина (1972) подвергла рентгеноструктурному анализу 11 рецидивных камней, 7 из них содержали соли фосфорной кислоты, 1 — щавелевой и 3 — мочевой; все они включали большие количества органического вещества, что подтверждало роль пиелонефрита в возникновении рецидивов заболевания. Нами хронический пиелонефрит выявлен у 97,14% больных мочекаменной болезнью.

Как известно, большое значение в рецидиве заболевания имеет химический состав камня. Мы подвергли поляризационно-оптическому исследованию 16 рецидивных камней. 4 из них представляли собой струвит, 6 — карбонатгидроксилапатит, 1 — увеллит и 5 — смесь увеллита и карбонатгидроксилапатита. Таким образом, рецидивные камни в основном состояли из карбонатгидроксилапатита в чистом виде или в смеси с увеллитом с большим содержанием органического вещества.

Данные литературы о сроках возникновения рецидивов после удаления камней почек и мочеточников разноречивы. По мнению А. Я. Абрамяна (1957), свободными от рецидивов заболевания можно считать больных, у которых они не возникли в течение 5—6 лет после операции.

Мы разделяем мнение тех авторов, которые под рецидивом заболевания имеют в виду образование камня не только на стороне ранее произведенной операции, но и на противоположной. Чем длительнее были сроки наблюдения за больными после операции, тем в большем проценте выявлялись рецидивы. В течение 10 лет после операции рецидивы заболевания были нами обнаружены у 23,02% больных, а при удлинении сроков наблюдения до 20 лет — у 32,9%. Этим, видимо, можно объяснить различие данных о частоте рецидивов после операций при камнях почек и мочеточников. Так, после нефрэктомии при сроках наблюдения до 10 лет не было установлено образование камня в единственной почке ни у одного больного, однако при наблюдении за больными в течение 20 лет образование камня в единственной почке констатировано у 17,4%. Аналогичные данные получены и после других видов оперативного вмешательства. После пиелолитотомии рецидивы заболевания при сроках наблюдения до 10 лет были выявлены у 35% больных, при наблюдении в течение 20 лет — у 45% больных, после нефролитотомии — соответственно у 15,7% и 27,3%, после уретеролитотомии — у 17,4% и 20,6% больных.

Таким образом, рецидивы мочекаменной болезни были обнаружены нами у 32,9% больных. Причинами рецидивов мочекаменной болезни являлись пиелонефрит и нарушение уродинамики. Поляризационно-оптические исследования рецидивных камней показали, что большинство из них состоит из карбонатгидроксилапатита в чистом виде или в смеси с увеллитом.

Лица, перенесшие операцию по поводу нефроуретеролитиаза, должны находиться на диспансерном учете, так как длительное наблюдение за больными после операции позволяет выявить в большем проценте рецидивы заболевания и своевременно решить вопрос о необходимости повторной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Урология, 1957, 4. — 2. Акопян А. Б. Материалы к изучению патогенеза пиелонефрита. Автореф. канд. дисс., Л., 1965. — 3. Бумблис Д. С. Результаты хирургического и послеоперационного курортного лечения почечнокаменной болезни. Автореф. канд. дисс., Каунас, 1966. — 4. Гольдберг В. В. В кн.: Труды III Всесоюз. конф. урол. Тбилиси, 1958. Медгиз, 1960. — 5. Учугина А. Ф. Хронический пиелонефрит у больных нефроуретеролитиазом (диагностика, лечение, отдаленные результаты). Автореф. докт. дисс., Горький, 1972.

Поступила 23 января 1979 г.

УДК 616.6:312.2

АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

В. Н. Ткачук, А. Э. Лукьянов

Урологическая клиника (зав.— проф. В. Н. Ткачук) 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова

Реферат. Проанализированы причины смерти при урологических заболеваниях по материалам клиники за 19 лет. Наиболее высокой была летальность в возрастной группе старше 60 лет. При опухолях мочевого пузыря показатель летальности составил 15,2%, при опухолях почек — 8,9%, аденоме предстательной железы — 6,5%, мочекаменной болезни — 2,6%. Основными причинами смерти при урологических заболеваниях являются уремия, эмболия легочной артерии и уросепсис.

Ключевые слова: урологические заболевания, смертность.

2 таблицы. Библиография: 6 названий.

Изучению летальности при урологических заболеваниях посвящены лишь единичные исследования [2, 3, 6]. В клинических работах, касающихся заболеваний почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов, вопросам танатогенеза почти не уделяется внимания. Между тем необходимость анализа причин смерти несомненна, так как его результаты могут помочь выработать более эффективные методы лечения и в конечном итоге наметить конкретные пути снижения летальности.

Нами проведен клинико-морфологический анализ причин смерти при урологических заболеваниях по материалам урологической клиники 1-го Ленинградского медицинского института им. И. П. Павлова за 1959—1977 гг. За этот период летальность составила 2,8% — из 18 624 находившихся в клинике на лечении больных умерли 530 (мужчин — 404, или 76,2%, женщин — 126, или 23,8%, соотношение 3,2 : 1). Наибольшая летальность при урологических заболеваниях приходится на возрастную группу старше 60 лет — 406 (76,6%) человек. При опухолях мочевого пузыря она составила 15,2%, при опухолях почек — 8,9, аденоме предстательной железы — 6,5%. При других урологических заболеваниях летальность была значительно ниже.

Из 3494 больных аденомой предстательной железы умерло 227, или 6,5% (см. табл. 1). Оперировано 2795 (80%) больных, в послеоперационном периоде умерло 182 (6,5%). При аденоме предстательной железы выполнялись следующие операции: одномоментная чрезпузырная аденомэктомия — у 1174 (42%) больных, цистостомия — у 1006 (36%), второй этап аденомэктомии — у 615 (22%). После одномоментной чрезпузырной аденомэктомии смертельный исход наступил у 5,1% больных, после второго этапа аденомэктомии — у 3,4%, после наложения надлобкового мочевого свища — у 10%. Причиной высокой летальности после наложения надлобкового мочевого свища является позднее поступление больных в стационар при таких опасных осложнениях, как выраженная почечно-печеночная недостаточность, развившаяся на фоне обострения хронического пиелонефрита, уросепсис, сердечно-сосудистая недостаточность и др. По данным А. А. Греся и соавт. (1974) летальность после цистостомии у больных аденомой предстательной железы составила 10,5%.

Наиболее частой причиной смертельных исходов у больных аденомой предстательной железы в послеоперационном периоде была уремия (52,4%), развившаяся на фоне вторичного хронического пиелонефрита. Важно отметить, что 82 больным в связи с тяжелым общим состоянием было произведено лишь наложение надлобкового мочевого свища. Однако даже минимальная операция, выполненная по срочным показаниям, привела к обострению пиелонефрита и декомпенсации функции почек,