

тельной железы и других урологических заболеваниях). Особенно больших цифр послеоперационная летальность достигала у больных острым пиелонефритом в возрасте старше 60 лет (20,4%), что связано с поздним распознаванием заболевания у лиц пожилого и старческого возраста из-за его атипичного течения, а также с выраженным нарушением функции почек и печени и несвоевременным выполнением вмешательства [5]. Так, у наблюдавшихся нами больных острым пиелонефритом в возрасте старше 60 лет ХПН была выявлена в 77%. Летальность среди больных острым пиелонефритом, оперированных в первые сутки от начала заболевания, в 6 раз ниже, чем при выполнении вмешательства спустя 72 часа от начала заболевания.

Из 247 больных, страдающих раком почки, умерло 22 (8,9%), из них было оперировано 15 (послеоперационная летальность—6,1%). Наиболее частыми причинами смерти при раке почки по нашим данным были раковая интоксикация (22,3%) и эмболия легочной артерии (18,2%). На эмболию легочной артерии как одну из наиболее частых причин смерти больных раком почки указывают Е. А. Дикштейн и Е. А. Влодавский (1978). Отмечено, что источником эмболии зачастую являются опухолевые тромбы, которые могут отрываться как спонтанно, так и во время операции. В связи с этим существенное значение для профилактики тромбоэмболий приобретает предварительное — до манипуляций на самой почке во время нефрэктомии по поводу рака почки — лигирование сосудов почечной ножки.

Из 303 больных с опухолями мочевого пузыря умерло 46 (15,2%), из них оперировано 26, послеоперационная летальность составила 8,6%. Причинами смерти являлась уремия (у 15 чел.), раковая интоксикация (у 12), пневмония (у 9), уросепсис (у 6), обильное кровотечение из мочевого пузыря и анемия (у 3), перитонит (у 1).

Из 1649 больных раком предстательной железы умерло 44 (2,7%), из 9376 больных с другими урологическими заболеваниями — 115 (1,2%).

Таким образом, основными причинами смерти при урологических заболеваниях являются уремия, эмболия легочной артерии и уросепсис. С учетом основных причин летальности при заболеваниях почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов профилактика возможных осложнений должна заключаться в своевременном выявлении заболеваний и их раннем оперативном лечении по показаниям, в рациональной терапии хронического пиелонефрита, предупреждении почечно-печеночной недостаточности, неспецифической и специфической профилактике тромбоэмболий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Голощапов Е. Т. Состояние гемокоагуляции у больных аденомой предстательной железы и особенности гемостаза при аденомэктомии. Автореф. канд. дисс., Киев, 1978. — 2. Гресь А. А., Островский В. И., Бабицкий Г. С. Урол. и нефрол., 1974, 2. — 3. Дикштейн Е. А., Влодавский Е. А. Там же, 1978, 1. — 4. Ткачук В. Н., Голощапов Е. Т. Там же, 1976, 5. — 5. Ткачук В. Н., Вирон О. А. Там же, 1977, 5. — 6. Schmidt W., Naschek N., Kolfer K. Z. Urol., 1976, 69, 6.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 616.643—007—271—089

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОТЯЖЕННЫХ СТРИКТУР УРЕТРЫ

Л. А. Кудрявцев, И. И. Борисов

Кафедра урологии и оперативной нефрологии (зав. — проф. Л. А. Кудрявцев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. У 10 больных в возрасте от 48 до 70 лет с поствоспалительными стриктурами уретры протяженностью от 12 до 16 см применено 3—4-этапное оперативное лечение, состоящее из комбинации метода Михаловского (для пениального отдела уретры), с операцией Йогансена (для других отделов). Отдаленные результаты проверены через 1—4 года. Мочепускание восстановлено у всех больных.

Ключевые слова: стриктура уретры, операции Йогансена и Михаловского. 2 иллюстрации. Библиография: 3 названия.

Исходя из положения, что пластические операции на уретре должны выполняться так, чтобы в дальнейшем функция органа приближалась к физиологической, мы придаем большое значение сохранению остатков уретерия, а вместе с ним и слизистых.

желез. Неразрушенные уретральные железы обеспечивают некоторую биологическую защиту кожной вставки от воздействия мочи, высыхания и излишней бактериальной инвазии.

За 5 лет в нашу клинику поступило 10 больных со стриктурами большой протяженности (возраст—от 48 до 70 лет). У 5 из них причиной образования стриктур явились перенесенные воспалительные заболевания уретры, у 2—длительное нахождение в уретре резиновой трубки после аденомэктомии. 3 пациента (возраст 60—70 лет) поступили в клинику с наложенной цистостомой. Из анамнеза выяснено, что в других лечебных учреждениях им была выполнена аденомэктомия, но мочеиспускание не восстановилось. При дальнейшем обследовании выявлены протяженные стриктуры уретры. По нашему мнению, такие сужения следует считать результатом хронического воспаления уретры в более молодом возрасте, о которых больные забыли или не сообщают по другим причинам, а врач, находя у пожилого мужчины развитую аденому предстательной железы и установив большую длительность заболевания, считает, что нарушение мочеиспускания связано только с этим. Уверенность в таком выводе бывает настолько полной, что не проводится обследование мочеиспускательного канала. Это ведет к диагностической ошибке и неправильному лечению.

У 5 больных стриктура занимала почти все отделы передней уретры, у остальных были комбинированные сужения передней и задней частей мочеиспускательного канала. Наименьшая протяженность сужения—12 см. У всех больных применен комбинированный метод хирургической коррекции уретры. Стриктуры пениального отдела мочеиспускательного канала исправлены операцией Михаловского [3], сужения мошоночного, промежностного и мембранозного отделов—методом Йогансена [2]. У 1 пациента облитерированные участки уретральной трубки восстановлены из кожи мошонки и полового члена; полное восстановление мочеиспускательного канала у него проведено в 4 этапа.

Важным условием для получения хороших результатов лечения является предотвращение поступления мочи в линию швов. Это достигалось путем замыкания простатического отдела уретры, а также наложением цистостомы. Отдельные этапы оперативного лечения мы выполняли с интервалом в 2—3 мес. Всего у 10 больных проведено 35 операций.

У 3 пациентов в процессе восстановления уретры по методу Йогансена возникли осложнения (у 2—уретрально-промежностные свищи и у 1—сужение на месте анастомоза остатков уретры с кожей мошонки), которые были ликвидированы во время очередного этапа операции.

Отдаленные результаты проверены через 1—4 года после заключительной операции. Мочеиспускание восстановлено у всех 10 человек, бужирования не требуется. У 1 оперированного в области членомошоночного угла имеется незначительно выраженный дивертикул уретры, его беспокоят рези при мочеиспускании, сохраняется умеренная лейкоцитурия. Ухудшения половой функции не отмечено, у 2 лиц имевшаяся до оперативного лечения импотенция сохранилась.

В качестве демонстрации приводим историю болезни. М., 54 лет, поступил в клинику 12/XII 1976 г. с жалобами на острую задержку мочеиспускания. Из анамнеза выяснено, что в возрасте 25 лет болел гонореей, лечился. В 1952 г. у него вышел камень, который вызывал кратковременную задержку мочеиспускания. С этого времени М. мочился все хуже, но к врачам не обращался. В 1958 г. повторно возникла острая задержка мочеиспускания. Диагностирована обширная стриктура уретры. Наложена цистостома. В течение года проводилось бужирование уретры, после чего эпизодически закрывалась самостоятельно. С 1959 по 1976 г. М. продолжал бужироваться 1 раз в мес без заметного улучшения. Последние три года имеется импотенция. После приема алкоголя 11/XII 1976 г. возникла острая задержка мочи.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура 36,6°C. При физикальном исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пальпаторно мочевого пузыря определяется на 4—5 см выше лонного сочленения, предстательная железа обычных размеров, тестоватой консистенции. Буж № 12 по Шарьеру не проходит в уретру тотчас за ладьевидной ямкой. Из наружного отверстия мочеиспускательного канала—гнойные выделения, при исследовании которых гонококков не обнаружено. Общий анализ крови не выявил отклонений от нормы, остаточный азот крови 25,7 ммоль/л. Установлен диагноз: обострение хронического простатита и уретрита, поствоспалительная стриктура уретры, острая задержка мочи. Наложена цистостома. Стационарно и амбулаторно проводили лечение по поводу простатита и уретрита.

21/III 1977 г. поступил в клинику для дальнейшего лечения. В результате встречной уретрографии выявлена стриктура на всем протяжении мочеиспускательного канала (рис. 1). При экскреторной урографии не обнаружено патологии. 5/IV 1977 г. выполнена операция Михаловского на висячем отделе уретры. Послеоперационный период протекал гладко. 21/IV 1977 г. М. выписан для амбулаторного наблюдения.

Для следующего этапа оперативного лечения поступил в клинику 26/VI 1977 г. Проведено контрольное бужирование. Уретра свободно проходима до членомошоночного угла для катетера № 20 по шкале Шарьера. Выше членомошоночного угла не проходит буж № 10. Проведена пластика уретры от членомошоночного угла до простатического отдела по методу Йогансена, 1-й этап. Еще через 2 месяца выполнен 2-й этап операции и ушивание цистостомы. Осложнений в процессе оперативного лечения не было.

В январе 1979 г. М. вызван для контрольного обследования. Мочеиспускание свободное, широкой струей; надобности в бужировании нет. Анализы мочи выявляют умеренное количество (до 100 в поле зрения) лейкоцитов. На нисходящей уретрограмме (рис. 2) в области членомошоночного угла — небольшой дивертикул. Это место



Рис. 1. Встречная уретрограмма больного М. до оперативной коррекции стриктуры уретры. Пениальный отдел равномерно сужен, имеются множественные четкообразные сужения от членомошоночного угла до простатического отдела уретры.



Рис. 2. Нисходящая уретрограмма того же больного через 1,5 г. после окончания хирургического лечения. Простатический отдел уретры широко раскрыт, мочеиспускательный канал имеет широкий просвет на всем протяжении. В области членомошоночного угла определяется незначительный дивертикул.

соответствует анастомозу между пениальной частью, созданной по методу Михаловского, и артифициальной уретрой, корригированной операцией Йогансена. Дивертикул не причиняет больному неудобств.

В отечественной урологии методы Михаловского и Йогансена не нашли широкого распространения [1]. Между тем опыт нашей клиники показывает, что эти методы имеют много положительных сторон, основными из которых являются большой запас эластичного пластического материала и возможность сохранения остатков собственной ткани уретры. Вероятность возникновения большого числа осложнений (волосатые камни, свищи, дивертикулы) и их опасность преувеличены. Применяя комбинацию обоих методов, можно успешно проводить коррекцию стриктур уретры любой протяженности с хорошими отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русаков В. И. Хирургическое лечение стриктур уретры и некоторых форм импотенции. Элиста, 1970. — 2. Johanson B. Zeitschrift für Urologie. DDR, Leipzig, 1953, 46, 6; Technie. Acta Chir. Scandinav., 1954, 106, 6. — 3. Michalowski E. Zeitschrift für Urologie. Berlin, DDR, 1959, 5, 5; 1964, 3, 2.

Поступила 4 апреля 1979 г.