

К концу курса лечения опухоль в молочной железе, лимфангоит и лимфаденит (специфические) исчезли полностью, и состояние больной значительно улучшилось. К сожалению, такие результаты не бывают стойкими. Процесс вскоре рецидивировал; но нельзя забывать, что раньше мы были совершенно бессильны в подобных обстоятельствах.

Положительные результаты получаются и при сочетанном лечении рака молочной железы даже с метастазами в кости.

Приведем пример.

С., 48 лет, 9 лет назад подверглась радикальной мастэктомии по поводу скirr-розного рака правой молочной железы. При контрольном обследовании больная пожаловалась на боли в костях таза, усилившиеся при ходьбе. Рентгенологически были обнаружены множественные метастазы в кости таза с переломом (патологическим) в области седалищной кости справа. Интенсивный курс химио- и гормонального лечения привел к срастанию перелома и восстановлению трудоспособности в течение 2 лет.

Даже такие успехи в лечении увеличивают среднюю продолжительность жизни больных. Так, 93 наших больных жили после лечения 5 и более лет (включая лечение рецидивов и метастазов).

Разумеется, эти успехи не должны ослаблять наших стремлений в осуществлении главного принципа онкологии — ранней диагностики и лечения рака и предраковых состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтгаузен А. Я. Диагностика злокачественных новообразований при микроскопическом исследовании секретов и экскретов. Медгиз, М., 1954.
2. Берг Дж. В., Роббинс Г. Ф., Берниц М., Козлова Е. В., Льюнсон Э., Святухина О. В., Урбан Дж. А., Ферроу Дж. Г. Тр. VIII международного противоракового конгресса. 1962, т. I. — 3. Гильберт Г. П. Сб. «Проблемы онкологии». 10, Свердловск, 1948.
4. Лазарев Н. И. Арх. патол. 1960, 2.
5. Лариошенко Т. Г. Вопр. онкол. 1955, 11.
6. Ларионов Л. Ф., Литвинова Е. В., Холдин С. А. Там же. 1956, 6.
7. Носалевич О. М. Уч. зап. Укр. научн.-исслед. рентгено-радиол. и онкол. ин-та, 1948, 1—2.
8. Ратнер Л. М. Диагностические ошибки и диагностика рака грудной железы. Медгиз, М., 1945.
9. Сорокин Н. М., Чередниченко Л. И., Дмитриенко В. И. Хирургия, 1949, 3.
10. Холдин С. А. Злокачественные опухоли. Медгиз, М., 1962, т. III.

Поступила 7 февраля 1964 г.

УДК 616.62—616.089.841

ПЛАСТИКА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА МОЧЕТОЧНИКА ЛОСКУТОМ ИЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПО МЕТОДУ ВАН-ГУК-БОАРИ

Э. Н. Ситдыков

Факультетская хирургическая клиника (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе
Республиканской клинической больницы (главрач — К. Л. Свечников)

Пластическая операция Ван-Гук-Боари имеет ряд преимуществ перед уретеронеостомией. Уретеронеостомия может быть рекомендована лишь при повреждении мочеточника на расстоянии до 5 см от мочевого пузыря, операция же Ван-Гук-Боари может осуществляться и при повреждениях мочеточника на расстоянии до 10—11 см. Уретеронеостомия приводит к пузырно-мочеточниковому рефлюксу с последующим инфицированием почки, после же пластики мочеточника по Ван-Гук-Боари, как правило, это осложнение не наблюдается.

Замещение тазового отдела мочеточника показано при свищах мочеточников (мочеточниково-влагалищные, мочеточниково-маточные и т. д.), при сужениях различной этиологии, а также при дефектах тазового отдела мочеточника после резекции его по поводу новообразований клетчатки и органов малого таза.

Операция Ван-Гук-Боари применяется нами с января 1963 г.

Техника операции. Больной лежит на спине. Анестезия — местная по А. В. Вишневскому с дополнительной пресакральной блокадой и предварительным

введением в мочевого пузыря 5% раствора новокаина в количестве 100—150 мл. Косым разрезом в подвздошной области рассекается кожа, подкожная клетчатка, апоневроз наружной косой мышцы, внутренняя косая и поперечная мышцы живота. После рассечения поперечной фасции брюшинный листок отодвигается кнутри. Мочеточник обнажается над подвздошными сосудами. Мочеточник мобилизуют до места повреждения и отсекают. В почечный конец мочеточника подводится резиновый дренаж — детский катетер — для отведения мочи. Затем внебрюшинно же подходят к передне-боковой стенке мочевого пузыря и выкраивают лоскут шириной не менее 2 см и длиной соответственно дефекту мочеточника. Основание лоскута расположено у верхушки пузыря (рис. 1). Лоскут откидывается по направлению к мочеточнику. С конца пузырного лоскута удаляют слизистую оболочку в пределах 1—1,5 см. Мочеточник с введенным в него детским катетером укладывают на демукозирванное ложе лоскута и фиксируют 4 кетгутовыми швами. Затем края пузырного лоскута сшиваются над катетером, как это показано схематично на рис. 1.

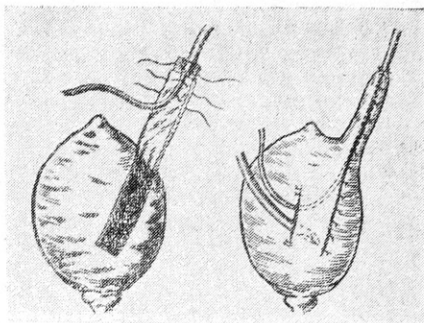


Рис. 1.

Мочевой пузырь дренируется через дополнительный пузырный разрез, откуда выводится наружу и дренаж мочеточника — детский катетер. К месту соединения мочеточника с лоскутом и в нижний угол раны подводят резиновые дренажи (2—3) сроком до 1—2 недель. Рана послойно ушивается до дренажных трубок.

После операции иногда наблюдаются или образование сужений в месте соединения мочеточника с пузырным лоскутом, или мочевые свищи. Согласно литературным данным, сужения наблюдаются сравнительно редко, чаще возникают мочевые свищи.

Образование мочевых свищей, по нашему мнению, зависит от срока дренирования мочеточника. Чем раньше удаляется катетер — дренаж мочеточника, тем больше возможностей для возникновения мочевых свищей. По мнению большинства авторов, наиболее благоприятный срок дренирования мочеточника с целью профилактики мочевых свищей равен 10—12 дням. В целесообразности продолжительного дренирования мочеточника мы также убедились на основании своих 4 наблюдений.

Наши наблюдения, хотя и малочисленны, все же позволяют считать операцию Ван-Гук-Боари методом выбора при указанных заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блатной Х. П. Тр. Республ. конф. урологов. Киев, 1962. — 2. Деревянко И. М. Урология. 1958, 6. — 3. Кан Д. В. Актуальные вопросы урологии. Медгиз, М., 1962. — 4. Погорелко И. П. Тез. докл. IV Всесоюз. конф. урологов. М., 1961. — 5. Пытель Ю. А. Вест. хир. 1959, 11. — 6. Робустов Д. В. Тез. докл. IV конф. урологов. 1961. — 7. Фрумкин А. П. Опыт сов. мед. в Отеч. войне 1941—1945 гг., том 13, М., Медгиз, 1950.

Поступила 26 декабря 1963 г.

УДК 618.15—089.844

НАШ ОПЫТ ОБРАЗОВАНИЯ ИСКУССТВЕННОГО ВЛАГАЛИЩА

Н. Л. Капелюшник

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Вопрос об образовании искусственного влагалища, поднятый проф. П. В. Маненковым на страницах Казанского медицинского журнала (1963, 4), заслуживает внимания.

Многочисленные модификации кольпопоза с использованием отрезка тонкой или толстой кишки по сей день чреваты грозными осложнениями. Смертность остается довольно высокой: по Балдвину от 10 до 28,6%, по Попову-Шуберту — от 5 до 10,7%, по Руге — от 2,3 до 3,4%, по Александрову — 2,3—1,9% (Е. Е. Гиговский, 1963).