

Р. Г. Альбекова (Казань). Консервативное и оперативное лечение камней мочеточников

В урологическом отделении 5 горбольницы г. Казани за период с 1951 г. по 1960 г. с камнями мочеточников лечилось мужчин — 394 и женщин — 281. В правом мочеточнике камни были у 298 больных, в левом — у 357 и у 20 — в обоих мочеточниках.

В возрасте до 20 лет было 21, от 21 до 40 лет — 407, от 41 до 60 лет — 228 и старше — 19 больных.

С приступом почечной колики было госпитализировано 65,6% больных. У 344 больных (50,9%) приступ сопровождался повышением температуры, из них у 111 были явления калькулезного пиелита, у 233 (33%) пиурия отсутствовала. Повышение температуры у этой группы больных может быть связано с лоханочно-почечным рефлюксом, на что большое внимание обращает А. Я. Пытель.

У 39,7% больных с камнями мочеточников, поступивших на высоте почечной колики, имелся лейкоцитоз при отсутствии пиурии, у 80 больных в пределах 8—10 тыс., у 60 — 10—15 тыс., у 9 — 15—20 тыс. и у 3 — свыше 20 тысяч. У 60,3% больных лейкоцитоз оставался в пределах нормы.

Итак, приступ почечной колики может сопровождаться повышением температуры и лейкоцитозом при неинфицированной моче.

Микрогематурию мы отметили у 93,1% больных с камнями мочеточников, отсутствие или запаздывание индигокармина на пораженной стороне наблюдалось у 97,1% больных.

По данным А. Я. Пытеля и М. Д. Джавад-Заде при консервативном лечении конкременты отходят у 71,4% больных, по данным В. Е. Миловидова — у 65%.

Из 675 больных с камнями мочеточников в нашем отделении подверглись консервативному лечению 574.

При применении водной нагрузки, морфия в сочетании с атропином, общих ванн у 198 больных (22,34%) на протяжении 5—6 дней от начала лечения произошло отхождение конкремента.

С 1960 г. для изгнания небольших конкрементов из мочеточников у 95 больных мы применили келлин (по 1 таблетке 4 раза в день после еды) в комплексе с другими мероприятиями (водная нагрузка, тепло на область поясницы). У 41 больного после применения келлина произошло самопроизвольное отхождение конкрементов в течение 5—6 дней.

У 90 больных (13,2%) камень из мочеточника удален оперативно.

Оперативное лечение проводилось у больных с выраженными анатомо-функциональными изменениями со стороны верхних мочевых путей. Нефрэктомия была произведена только двум больным. У одной из этих больных при гистологическом исследовании удаленной почки был обнаружен гипернефроидный рак.

У 87 больных была произведена уретеролитотомия, у 25 — в верхней, у 6 — в средней и у 56 — в нижней трети. У одного больного была произведена диатермокоагуляция уретероцеле справа и удалены камни, находящиеся в уретероцеле.

Одиннадцать больных от операции отказались, и один умер без оперативного лечения.

УДК 616.617

А. А. Попов и Н. Н. Султан (Львов). Эктопия устья мочеточника, устраненная эндовезикальным методом

Экстравезикальная эктопия устья мочеточника — заболевание редкое и мало известно широкому кругу врачей. Этих больных часто безуспешно лечат по поводу недержания мочи.

Расположение основного или добавочного эктопического устья мочеточника может быть различным, да и количество эктопированных устьев также подвержено колебаниям. Существует несколько классификаций этого страдания, основными из которых являются: классификация по анатомическим соотношениям Бруно и классификация по эмбриологическому принципу Ю. Г. Единог.

В зависимости от места расположения эктопического устья мочеточника и патологии верхних мочевых путей оперативные вмешательства бывают различными. Чаще таким больным делают геминефрэктомия, уретероцистонеостомия, нефрэктомия, перевязку центрального отрезка эктопированного мочеточника и другие методы оперативного вмешательства.

Мы при эндоуретеральной эктопии устья правого мочеточника с целью образования уретероцистоанастомоза с успехом применили эндовезикальную электрокоагуляцию. Одним из главных условий для эндовезикального образования уретероцистоанастомоза является точное определение проекции интрамурального отдела мочеточника в стенке мочевого пузыря.

Описания примененного нами оперативного вмешательства в доступной нам литературе мы не встретили.

Приводим наше наблюдение.

Е., 3 лет 10 месяцев, поступила по поводу постоянного недержания мочи наряду с нормальными позывами на мочеиспускания и нормальным актом мочеиспускания. Заболевание врожденное.

Справа на 6 см ниже реберной дуги определяется нижний полюс правой почки. Почка не увеличена, хорошо подвижна, нормальной консистенции. Слева почку прощупать не удается. После мочеиспускания мочевого пузыря над лобком не перкутируется.

При внимательном наблюдении за областью уретры удалось установить периодическое выделение из нее мочи по типу мочеточникового сокращения.

Емкость мочевого пузыря до 90 см³. Слизистая нормальная, межмочеточниковая связка не определяется. Левое устье мочеточника располагается на левой стенке шейки мочевого пузыря, что приблизительно в 1 см от перехода шейки пузыря в уретру. Устье это зияет. Правого устья мочеточника в мочевом пузыре не обнаружено. При тщательном наблюдении за местом обычного расположения правого устья мочеточника удалось установить наличие периодических сокращений интрамурального отдела правого мочеточника, который, как оказалось, проходит справа по заднебоковой стенке мочевого пузыря и открывается эктопированным устьем в уретре периферичнее сфинктера уретры. Индигокармин из левого устья мочеточника выделялся через 4 мин., интенсивной окраски, с хорошими сокращениями. При извлечении цистоскопа отмечено было периодическое выделение из уретры окрашенной индигокармином мочи по типу мочеточникового сокращения.

При уретроскопии было найдено эктопированное устье правого мочеточника, располагавшееся на передне-боковой стенке уретры справа, ниже сфинктера уретры. Устье это было очень маленькое и имело щелевидную форму.

На обзорном снимке почек и мочеточников патологических теней не выявлено. На внутривенной пиелограмме (раствор сергозина 40% — 15 мл) слева на 3 см ниже 12-го ребра определялась неизменная лоханка и бокалы почки, соответствующие возрасту ребенка. Мочеточник не расширен и входил в мочевой пузырь на обычном уровне. Справа почка опущена на 6—7 см, контур ее не изменен, лоханка, бокалы и мочеточник несколько расширены. Мочеточник правой почки входит в контрастную тень мочевого пузыря на 2,5—3 см ниже левого.

С целью образования уретероцистоанастомоза 16/I 1961 г. была произведена эндовезикальная электрокоагуляция области предполагаемого хода правого мочеточника, что соответствовало месту обычного расположения устья правого мочеточника.

С третьего дня после операции недержание мочи у ребенка прекратилось. Постель стала сухой, а при контрольной цистоскопии 30/I 1962 г. на месте бывшей электрокоагуляции было искусственно созданное устье правого мочеточника, через которое выделялась моча. Вокруг устья оставалось еще воспаление слизистой мочевого пузыря, 23/II 1961 г. устье полностью сформировалось, и воспалительного процесса не стало. Следует предполагать, что оставленная периферическая часть эктопированного мочеточника длиной 3—3,5 см в дальнейшем облитерируется.

С целью уточнения состояния правой почки через вновь образованное устье правого мочеточника была произведена ретроградная пиелография (раствор сергозина 15% — 10 мл). Мочеточниковый катетер хорошо прошел до лоханки. На правосторонней ретроградной пиелограмме тень контура правой почки ровная. Почка не увеличена. Лоханка, бокалы и мочеточник равномерно расширены в 1,5—2 раза. Небольшой нефроптоз.

Выписана после выздоровления 25/II 1961 г.

При контрольной цистоскопии 19/VII 1961 г. слизистая мочевого пузыря нормальная, искусственно созданное устье правого мочеточника округлой формы диаметром приблизительно 1,5—2 мм. Из устья периодически выделяется прозрачная моча.

Эндовезикальная электрокоагуляция — несравненно легче всех существующих в настоящее время методов оперативного вмешательства при эктопии устья мочеточника.

УДК 616.66

М. А. Золотарев (Казань). Оперативное лечение слоновости полового члена

Слоновость полового члена относится к весьма редким заболеваниям, чаще встречается в тропических и субтропических странах.

Слоновость полового члена может ограничиваться только крайней плотью, но иногда поражается и весь член. Процесс развивается при часто повторяющихся воспалениях крайней плоти, головки или ствола (баланопостит, повторная рожа, лимфангоит и т. д.) или застое лимфы после вылушения паховых лимфатических желез.

Приводим наше наблюдение.

Н., 23 лет, поступил 21/VIII 1961 г. со слоновостью кожи полового члена. В десятилетнем возрасте больной заметил отечность препуционального мешка, мед-