

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-

ленное увеличение его в длину. Мочепускание стало затруднительным, а струя мочи — вялой. Болей при этом не испытывал. Травму полового члена отрицает. За медицинской помощью не обращался. Половой жизнью не жил.

От времени до времени замечал слабые эрекции. Наследственность здоровая. Кожа мошонки, яички и их придатки без патологических изменений. Кожа полового члена, начиная от проксимальной трети, имеет утолщение шириною 3,5 см и при постепенном увеличении достигает в дистальной части 5 см. Общая длина полового члена 24 см, из них 17 см занимает утолщенная часть полового члена, кожный покров которого несколько гиперемирован. Выше начинающегося утолщения кожа имеет нормальный цвет. Препуциональный мешок резко отечен, загнут в виде хобота, где видны рубчики, по-видимому, после бывшего воспалительного процесса, о котором больной не помнит. Буж № 5 едва проходит. Через кожу пальпируется хорошо подвижный половой член, не спаянный с окружающими тканями, болезненный. Моча водянистая, мутноватая, реакция кислая, удельный вес — 1003, белка — 0,066%, лейкоциты в большом количестве, эритроциты свежие единичные в поле зрения.

Гем. 59%, РОЭ — 60 мм/час, Л. — 7 000, п. — 8%, с. — 64%, э. — 1%, м. — 4%, л. — 23%.

Диагноз: слоановость кожи полового члена, осложненная хроническим циститом и двухсторонним хроническим пиелонефритом.

5/IX произведена циркумизия дистального отдела кожи полового члена, отступа от его корня на 7 см. Наружное отверстие мочеиспускательного канала едва пропускает головчатый буж. Произведена меатотомия, после чего буж № 18 стал проходить свободно. Поставлен постоянный катетер на четыре дня. Послеоперационный период протекал гладко.

В послеоперационном периоде производилось бужирование уретры. К моменту выписки буж № 25 проходил свободно. Струя мочи нормальная.

Гистологически установлено избыточное развитие лимфатических сосудов и разрастание соединительной ткани с очагами лимфоидной инфильтрации (слоановость).

Выписан 21/IX в удовлетворительном состоянии.

Спустя год сообщил, что чувствует себя удовлетворительно.

УДК 616.14

И. М. Березин, и Ю. С. Федоров (Ставрополь на Волге). Тяжелая венозная патология после аппендэктомии

Д., 53 лет, 10/XII 1959 г. была оперирована по поводу острого катарального аппендицита в Куйбышеве-обл. На четвертый день после операции появился тромбофлебит поверхностных вен обеих голеней, распространившийся в дальнейшем на глубокие вены. Лечение антикоагулянтами, повязками с мазью Вишневского, медицинскими пиявками, возвышенным положением конечностей эффекта не дало. Постепенно нарастали отек нижних конечностей и боли. Раньше больная тромбофлебитом не страдала.

С марта 1960 г. находится на лечении и под наблюдением хирурга нашей больницы. Консервативная терапия оказалась безуспешной. Состояние ухудшилось, отек нижних конечностей прогрессировал, появились жестокие боли в голенях. Через 5 месяцев от возникновения тромбофлебита наступило нарушение целостности кожного покрова голеней и лимфорея. На голенях и стопах образовались поверхностные мацерированные язвы. Больная теряла за сутки 1—2 л тканевой жидкости.

Состояние на 20/VII 1962 г. тяжелое. Температура 39°. У больной всю жизнь температура в пределах 38°. Пульс 88, слабого наполнения, аритмичен. АД 90/60. Сердце увеличено влево на 3 см. Дыхание везикулярное.

Стопы, голени, нижняя и средняя трети бедер резко увеличены в объеме. Окружность бедер в средней трети 58 см, левой голени — 63 см, правой — 61 см. Кожные покровы голеней и стоп воспалены, с обширными мацерированными поверхностными язвами, покрытыми гнойно-грязными корками. Отделяемое из язв зловонное, до 500—600 мл в сутки. Пальпация голеней и стоп резко болезненна. Нижние конечности сильно обезображены.

Чувствительность больной к существующим антибиотикам нулевая (раньше получала в большом количестве антибиотики). Прием лекарственных веществ через рот вызывает сразу же рвоту и нарастающую сердечно-сосудистую слабость.

Гем. — 72%, Э. — 3 350 000, Л. — 5 400, э. — 2%, П. — 5%, с. — 62%, л. — 21%, м. — 10%, РОЭ — 51 мм/час. Протромбиновое время — 20 сек. Протромбиновый индекс 125%.

ЭКГ: синусовый ритм, левограмма, нарушение внутрижелудочковой проводимости, снижение вольтажа основных зубцов.

Наблюдение по тяжести эксквизитно и является особо редким проявлением постфлебитического синдрома.