

4. Анаболические стероиды (неробол по 10 мг в сутки — мужчинам 3 месяца приема, 1 месяц перерыва; женщинам 20—30 дней приема и столько же перерыва).

При таком лечении амилоидоза можно ожидать эффекта у больных в 3-й стадии болезни или приостановить процесс на его ранних стадиях с последующим обратным развитием.

УДК 616.62—616—007.271—616—089

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ УРЕТРЫ

Докт. мед. наук Э. Н. Ситдыков, Ю. С. Боголюбов

Кафедра урологии (зав. — докт. мед. наук Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Вопрос о лечении больных с травматическими стриктурами уретры в настоящее время является дискуссионным. Нет единого мнения в отношении выбора вида операций. До сих пор применяются малоэффективные методы лечения, приводящие к частому и раннему рецидиву заболевания. Недостаточно активно ведется и профилактика рецидивов сужения, которые очень характерны именно для этого заболевания. В специальной литературе можно найти самые противоречивые мнения в отношении показаний к тому или иному методу лечения.

Все это побуждает нас поделиться опытом хирургического лечения больных с травматическими стриктурами уретры в факультетской хирургической клинике им. А. В. Вишневого и на кафедре урологии за 1933—1971 гг.

Всего лечилось 333 больных с травматическими стриктурами уретры различной локализации (возраст — от 5 до 69 лет).

Локализация сужений уретры представлена в табл. 1.

У 305 больных произведены оперативные вмешательства (табл. 2).

Таблица 1

Локализация сужений уретры	Число больных
Висячий отдел . . . . .	12
Мошоночный . . . . .	24
Бульбозно-промежностный . . . . .	99
Перепончатый . . . . .	182
Простатический . . . . .	16

Таблица 2

Виды операций	Число больных
Роше — Хольцова . . . . .	103
Соловова . . . . .	65
Подреза — Вишневого . . . . .	126
Туннелизация . . . . .	11

Непосредственные результаты операции Подреза — Вишневого были вполне удовлетворительными, однако 42 больных, перенесших эту операцию, возвратились в клинику в срок до 6 мес. после операции. У 32 чел. был рецидив стриктуры, у 8 — камни мочевого пузыря. Минимальный срок рецидива — 2,5 месяца.

Отдаленные результаты операции Подреза — Вишневого прослежены у 78 больных (табл. 3).

Таблица 3

Сроки после операции	Число больных	
	с рецидивом	без рецидива
До 3 лет . . . . .	9	18
От 3 до 5 лет . . . . .	11	21
Свыше 5 лет . . . . .	2	17

Данная операция предполагает в качестве обязательного компонента регулярное и длительное бужирование, что часто не выполняется больными. Этим обстоятельством мы объясняем большую частоту рецидивов на сроках до 5 лет. К нерадикальным методам лечения относится и туннелизация уретры, часто выполняемая в модификации Р. М. Фронштейна. Мы применяли ее при нерезко выраженных стриктурах уретры на небольшом протяжении или же при парусовидных клапанах слизистой в задней уретре у детей.

В последние годы (с 1956) нами наиболее часто практиковалась резекция измененного участка уретры по Роше — Хольцову, иногда в модификации Михельсона. Данным методом оперировано 103 больных (из них 16 детей в возрасте от 4 до 14 лет), причем до 1965 г. в послеоперационном периоде у 51 больного был применен постоянный катетер. С 1965 г. мы заканчиваем операцию лишь цистостомией без постоянного катетера. Сравнительный анализ показал, что постоянный катетер в послеоперационном периоде при этой операции является не только не нужной, но и вредной мерой, не предотвращающей мочевую инфильтрацию промежностной раны, но способствующей развитию воспалительного процесса в уретре, а в последующем — образованию мочевого свища и обильной рубцовой ткани в месте оперативного вмешательства, т. е. рецидиву заболевания. Примером могут служить наши наблюдения над больными, у которых в сроки от 4 до 7 дней после операции стоял постоянный катетер: у 22 из 51 сформировался мочевая промежностный свищ. В то же время из 52 больных, которых в послеоперационном периоде вели без постоянного катетера, первичное заживление промежностной раны наступило у 49, и лишь у 3 возникли мочевые свищи. 11 больных с мочевыми свищами через 2—3 месяца возвратились в клинику с дизурическими явлениями, где подвергались или бужированию (9), или повторным операциям (2). Оценивая отдаленные результаты этой операции, следует отметить, что из 28 больных, оперированных с применением постоянного катетера в послеоперационном периоде, рецидив сужения произошел у 7 в сроки до 5 лет, в то время как из 40 больных, лечение которых закончилось без постоянного катетера, рецидив заболевания наступил у 4. Операция Роше — Хольцова предполагает полное иссечение рубцов и широкое дренирование промежностной раны и мочевого пузыря. Бужирование после этой операции не является обязательной лечебной мерой и применяется лишь по индивидуальным показаниям.

Операции Соловова подверглись 65 больных; 3 операции были выполнены в модификации Н. И. Захарова (1956), 2 — в модификации В. И. Русакова (1962). Среди оперированных было 12 детей в возрасте от 4 до 16 лет. В послеоперационном периоде у 15 больных образовался промежностный мочевой свищ. 3 больных были оперированы повторно по поводу клапанов, образовавшихся из-за излишнего погружения периферического отдела уретры в центральный. В дальнейшем для предотвращения данного осложнения мы в послеоперационном периоде снимали лигатуры, поддерживающие периферический отрезок,

на 4—5-й день. Отдаленные результаты этой операции представлены в табл. 4.

Таблица 4

Больные	Наблюдение на сроках			
	от 1 до 5 лет		от 5 лет и более	
	рецидив сужения	без рецидива	рецидив	без рецидива
Взрослые . . . . .	5	19	—	7
Дети . . . . .	7	4	—	—
Итого . . . . .	12	23	—	7

Таким образом, наиболее радикальными операциями для лечения стриктур передней уретры является операция Роше — Хольцова, для лечения стриктур задней уретры — операция Соловова.

Операции туннелизации и Подреза — Вишневого, как не радикальные, а подчас ухудшающие течение заболевания, допустимы только по особым показаниям, когда другие операции невыполнимы. В целях улучшения результатов лечения больных со стриктурами уретры необходимо придерживаться единой тактики в вопросах выбора метода хирургического лечения.

УДК 616.71—018.3—002—617.584—616—009.12

## СУДОРОЖНЫЕ СТЯГИВАНИЯ ТРЕХГЛAVОЙ МЫШЦЫ ГОЛЕНИ (КРАМПИ) ПРИ СИНДРОМАХ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

*Проф. Я. Ю. Попелянский, В. П. Веселовский*

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Крампи нередко возникают при гипокальциемических состояниях, при нарушениях водно-солевого обмена, миотонии, облитерирующем эндартерите, варикозном расширении вен и при многих других заболеваниях. Некоторые авторы отмечают возможность их появления при поясничном остеохондрозе. Настоящее сообщение посвящено клиническим особенностям и некоторым патогенетическим механизмам крампи при дискогенных поясничных синдромах.

Клиническое исследование проводили по стандартной методике. При пальпаторном обследовании мест перехода сухожилий в кость или мышцу особое внимание обращали на область начала трехглавой мышцы голени на дне подколенной ямки. В ответ на давление специальным прибором на эту область у здоровых людей боль возникала при усилии в  $1015 \pm 53$  г. При спондилографическом обследовании обращали внимание как на обычные изменения, так и на выраженность передних разрастаний углов тел позвонков: первая степень — до 5 мм, вторая — больше 5 мм. В отдельных работах подчеркивается значение этих разрастаний как раздражителей поясничных симпатических аппаратов. Мы применяли также электромиографические и осциллографические методики. В крови определяли содержание ацетилхолина (АХ) по методу Фюнера в модификации З. В. Беляевой, серотонина (СЕР) по Далглишу, Тогу, Уорку, активность холинэстеразы плазмы (ХЭ) и эритроцитов (АХЭ) — по методике Правдич-Неминой.

Всего был обследован клинически и спондилографически 251 больной с различными синдромами поясничного остеохондроза в период относительной или полной ремиссии. Хотя обследование было проведено вне периода обострения, у отдельных пациентов были постоянные ноющие боли в поясничной области, усиливавшиеся при физических нагрузках, ночью и при изменении метеорологических условий. Среди обследованных крампи наблюдались в 56,5% — у 142 больных в возрасте от 18 до 76 лет с длительностью заболевания от 1 до 26 лет. Больных без крампи было 109 (возраст — от 27 до 78 лет, длительность заболевания — от 0,5 до 23 лет).

У больных с крампи преобладали симптомы нейроостеофиброза в области пораженной ноги: места прикрепления трехглавой мышцы голени в подколенной ямке и у