

ВЛИЯНИЕ АДЕНОМЭКТОМИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

А. В. Ремнякова

Урологическое отделение (научн. руководитель — проф. И. И. Сабельников) кафедры факультетской хирургии Ижевского медицинского института

Хронический пиелонефрит является частым (от 50 до 90%) осложнением гипертрофии предстательной железы.

Мы решили выяснить, насколько часто наблюдается хронический пиелонефрит у больных гипертрофией простаты до аденомэктомии и на отдаленных сроках после нее. С 1962 по 1967 г. нами обследовано до операции 186 больных. Хронический пиелонефрит найден у 94 больных (50,5%). У 24 (12,8%) больных установлен цистит при хорошей концентрационной способности почек.

После аденомэктомии в различные сроки нами обследовано 90 больных: от 6 месяцев до года — 26, до 2 лет — 20, до 3 лет — 15, до 4 лет — 10, до 5 лет — 11, до 6 лет — 2, до 7 лет — 6.

У 20 больных (из 90) максимальный удельный вес мочи в пробе по Зимницкому был ниже 1,020 с характерной для хронического пиелонефрита монотонностью во всех порциях. У 1 больного была картина изогипостенурии. У всех 20 больных была выраженная пиурия (число Аддиса для лейкоцитов в пределах от 14,2 до 1748 млн.) и бактериурия (микробное число от 120 тыс. до 20 млн. микробных тел в 1 мл мочи). Однако у 6 из этих больных проба на сухоядение дала возможность исключить пиелонефрит (удельный вес в некоторых порциях превышал 1,023). У 1 больного данные пробы по Зимницкому были сомнительными, ибо удельный вес во всех порциях был очень монотонным (1,018—1,020), однако результаты пробы на сухоядение и внутривенной урографии подтвердили хронический пиелонефрит. Таким образом, хронический пиелонефрит выявлен нами у 15 больных (16,7%) из 90 обследованных. У 25 больных данные пробы по Зимницкому позволяли исключить хронический пиелонефрит полностью, но у всех у них была истинная пиурия и бактериурия, что можно объяснить наличием цистита. Наконец, у 44 больных на основании исследований можно было с уверенностью исключить хронический пиелонефрит.

Сравнительную оценку результатов обследования до операции и в отдаленные сроки после аденомэктомии нам удалось провести у 68 больных, так как остальные 22 больных были оперированы без детального обследования на пиелонефрит.

Выявлен значительный сдвиг в сторону улучшения концентрационной способности почек в отдаленные сроки после аденомэктомии. Соответственно улучшились и показатели числа Аддиса.

Белок в моче до операции был обнаружен у 65 (из 90) больных, после — у 36. РОЭ до операции была ускоренной у 49 больных, после — у 28.

Для выяснения течения хронического пиелонефрита после операции нами обследованы в отдаленные сроки (от 1 до 6 лет) после аденомэктомии 23 больных, у которых до операции был установлен явный пиелонефрит. У 13 из них пиелонефрит исключался полностью; у 10 пиурия и бактериурия значительно уменьшились, а также стал выше максимальный удельный вес мочи в пробе по Зимницкому. Число Аддиса для лейкоцитов до операции было в пределах от 42,6 до 1507,0 млн., в отдаленные сроки — от 14,2 до 1102 млн. Микробное число как до операции, так и в отдаленные сроки после нее показывало истинную бактериурию.

Все это дает возможность говорить о санирующей роли аденомэктомии на течение хронического пиелонефрита.

УДК 616—089.844—616.62—611.6—616—073.75

СОСТОЯНИЕ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ С ОТВЕДЕНИЕМ МОЧИ В ИСКУССТВЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ¹

Э. Н. Ситдыков

Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Из многих предложенных методов отведения мочи при операциях цистэктомии наиболее распространенным продолжает оставаться уретеросигмостомия. Однако деривация мочи в толстый кишечник, как известно, дает большой процент летальности от

¹ Доложено на заседании общества урологов и нефрологов ТАССР I/III 1968 г.

пиелонефрита и почечной недостаточности. Л. Н. Погожева (1967) сообщает, что все наблюдаемые ею 16 больных, которым была произведена пересадка мочеточников в кишечник как подготовительный этап к цистэктомии, умерли в первые шесть месяцев после операции от пиелонефрита и почечной недостаточности. Непосредственная летальность от пиелонефрита и почечной недостаточности, по данным А. П. Пулукидзе и Д. Д. Мурванидзе (1955), составляет 24%, а в более поздние сроки процент этот значительно возрастает. Из 28 наших больных, подвергнутых цистэктомии и уретеросигмостомии, 21 погиб от пиелонефрита и почечной недостаточности в сроки от 1 недели до 1,5 лет.

Совершенно иные результаты получены нами при деривации мочи в изолированный сегмент кишечной трубки. С 1965 г. в факультетской хирургической клинике им. А. В. Вишневого цистэктомия при злокачественных новообразованиях с одномоментным формированием искусственного мочевого пузыря из изолированного сегмента кишечной трубки произведена у 36 больных (мужчин — 32, женщин — 4; возраст — от 28 до 75 лет). У 33 больных искусственный мочевой пузырь был сформирован из изолированного сегмента сигмы и у 3 — из сегмента подвздошной кишки. У всех оперированных изолированный сегмент кишечной трубки был соединен с мочеиспускательным каналом. После операции умерло 12 больных, из них 7 от осложнений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, 3 — от перитонита, 1 — от шока, 1 — от двухстороннего пиелонефрита.

На экскреторных урограммах, выполненных в послеоперационном периоде в сроки от 2 до 7 недель у 24 больных, отчетливо определяется уретеропиелозктазия (нарушение моторной функции мочеточников и лоханок) при вполне удовлетворительной функции почек. Наши данные находят подтверждение в литературе. С. П. Федоров (1892, 1928), С. Р. Миротворцева (1909), Н. И. Березнеговский (1911), З. Я. Коренкова (1961) и др. связывают указанные изменения с пересечением мочеточников в тазовом отделе. По мнению ряда авторов, атония мочеточников после уретеросигмостомии нередко становится стойкой (А. П. Надеин и М. Л. Крымгольц, 1927). А. А. Челнокова и В. С. Комарова (1958), изучая состояние верхних мочевыводящих путей в сроки от 3,5 месяцев до 3 лет после отведения мочи в кишечник, обнаружили стойкую уретеропиелозктазию у 3 из 5 больных. Kötzsckhe, Siehe (1956) считают, что после уретеросигмостомии кишечные газы легко проникают в мочеточники и вызывают их растяжение, способствуя тем самым развитию почечной недостаточности. Эти авторы указывают на газовый рефлюкс как на причину стойкой уретеропиелозктазии. Значение газового рефлюкса в отрицательном воздействии (стаз, атония мочеточников) на функцию почек отмечает А. Я. Пытель (1967).

Наши наблюдения показывают, что при отведении мочи в искусственный мочевой пузырь, созданный из изолированного сегмента кишечной трубки, уретеропиелозктазия является непродолжительной. Тонус верхних мочевых путей полностью восстанавливается у большинства больных в сроки от 1,5 до 3,5 месяцев. Так, из 16 наших больных, обследованных в эти сроки, у 14 не обнаружено нарушений со стороны верхних мочевыводящих путей. Быстрое восстановление тонуса верхних мочевых путей мы объясняем отсутствием газового рефлюкса и применением антихолинэстеразного препарата — нибуфина.

Отведение мочи в искусственный кишечный мочевой пузырь, соединенный с уретрой, имеет существенные преимущества по сравнению с другими методами. Во-первых, после этих операций сохраняется возможность к мочеиспусканию естественным путем, что весьма положительно воспринимается больными. Во-вторых, отсутствие газового рефлюкса значительно снижает опасность развития пиелонефрита и почечной недостаточности. В-третьих, искусственный мочевой пузырь легко доступен инструментальным и рентгенологическим исследованиям (хромоцистоскопии, цистографии и т. д.).

Учитывая, что искусственный кишечный мочевой пузырь, как правило, содержит микрофлору, состоящую, по нашим наблюдениям, в основном из кишечной палочки и протей, мы изучали состояние верхних мочевыводящих путей на более отдаленных сроках после операции (1,5—3 года). Экскреторные урограммы были нормальными у 8 из 11 обследованных больных. У 3 больных отмечено одностороннее нарушение функции почек (у 2 оно было связано с сужением мочеточникового соустья и у 1 больного, 75 лет, — с мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом).

Таким образом, из 36 больных, которым отводили мочу в искусственный мочевой пузырь, созданный из изолированного сегмента кишечной трубки, пиелонефрит явился непосредственной причиной смерти лишь у 1 больного, в то время как после уретеросигмостомии погиб от пиелонефрита и почечной недостаточности 21 из 28 оперированных нами больных. Сопоставляя литературные данные с собственными, мы убедились, что состояние верхних мочевыводящих путей после цистэктомии находится в зависимости от метода деривации мочи и во многом предопределяет дальнейшую судьбу больного.

Проведенные нами рентгенологические наблюдения за состоянием верхних мочевыводящих путей показали целесообразность отведения мочи при операциях цистэктомии в искусственный мочевой пузырь, созданный из изолированного сегмента кишечной трубки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березнеговский Н. И. Изв. Томск. ун-та, 1911, 43.— 2. Коренкова З. Я. Нов. хир. арх., 1961, 9.— 3. Миротворцев С. Р. Экспериментальные данные к вопросу о пересадке мочеточников в кишечник. Дисс., СПб, 1909.— 4. Надеин А. П., Крымгольц М. Л. Нов. хир. арх., 1929, 3.— 5. Погожева Л. Н. Новообразования мочевого пузыря. Медицина, М., 1967.— 6. Пытель А. Я. Мат. V Всесоюзн. конф. урологов, М., 1967.— 7. Федоров С. П. Медицинское обозрение, 1892, 22; Вестн. хир., 1928, 14.— 8. Цулукидзе А. П., Мурванидзе Д. Д. Пересадка мочеточников в кишечник. Тбилиси, 1955.— 9. Челнокова А. А., Комарова В. С. Вестн. рентгенол. и радиол., 1958, 3.— 10. Kötzsche G. H., Siehe E. Z. Urol., 1956, 49, 4, 213—220.

УДК 618.146—006—616.617—616—007.271

О СТЕНОЗЕ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ

Т. М. Пушкина и Л. И. Доценко

Кафедра урологии (зав.— проф. М. Н. Жукова) Ленинградского ГИДУВа

Урологические осложнения при раке шейки матки резко ухудшают прогноз этого заболевания и затрудняют выбор метода лечения. Наиболее частым и серьезным из них является стеноз мочеточников. При различных видах лечения рака шейки матки, особенно лучевом, стеноз чаще всего бывает двусторонним. В результате нарушается отток мочи, наступает расширение мочеточника и полостей почки, т. е. гидронефроз с атрофией почечной ткани и последующей почечной недостаточностью. В этих условиях легко развивается и пиелонефрит, который также ведет к утрате почечной паренхимы и уросепсису.

Развитие стеноза мочеточников при раке шейки матки зависит от нескольких причин. Во-первых, расположение дистальных отделов мочеточников таково, что они проходят в непосредственной близости от гениталий, и распространение опухоли на параметрий несет в себе угрозу сдавления самим опухолевым инфильтратом. Происходит сдавление юкстovesикальных, а при прорастании опухоли в пузырь — и интрамуральных отделов мочеточников. Во-вторых, стеноз может быть обусловлен склеротическим процессом, развивающимся в клетчатке таза, в параметрии, в околопузырном пространстве, в стенке мочевого пузыря. Процессы склероза приводят к постепенному сужению просвета мочеточника, ухудшению его моторной функции.

Склерозирование тазовой клетчатки зависит от разных причин. Оно может быть обусловлено воспалительными изменениями. Известно, что на распадающейся раковой опухоли вегетирует большое количество микробов [4]. В окололагалищной, околопузырной и околоматочной клетчатке раковому прорастанию предшествует «воспалительный вал», который подвергается склерозу и фиброзу. При этом в процесс вовлекается как сосудисто-нервный аппарат, так и околопузырный отдел мочеточников.

Склероз тазовой клетчатки может быть связан и с различными видами лечения рака шейки матки. Лучевая терапия, направленная на ликвидацию опухоли в шейке матки, даже при самом продуманном и тщательном ее применении неизбежно поражает побочно и окружающие органы и ткани.

Больных со стенозом мочеточников после лучевого лечения наблюдают обычно урологи. Им приходится предпринимать оперативные вмешательства по поводу осложнений со стороны почек. Стенозы выявляются также на аутопсиях. Гинекологи встречаются с этими осложнениями, по-видимому, реже. Некоторые из них даже выражают сомнение в возможности такого склероза [2].

Имеются сообщения [8], что пострadiационные изменения в тканях начинаются с облитерирующего эндартериита, который обуславливает ишемию и последующий склероз (фиброз). Облучение вызывает патологические изменения и в самом мочеточнике. При гистологическом исследовании слизистая оказывается гладкой и неповрежденной, а в мышечной оболочке и адвентиции отмечаются отек, некроз и фиброз [9]. Склероз тазовой клетчатки и стенозирование мочеточников происходят медленно, постепенно и проявляются в поздние сроки после облучения. В результате лучевого цистита также может наступить стеноз мочеточников и вовлечение в склеротический процесс их интрамуральных отделов.

Оперативное вмешательство, предпринимаемое по поводу рака шейки матки, может, хотя и в меньшей степени, вызвать склероз околомочеточниковой клетчатки. Отрицательно могут сказаться на функции мочеточников чрезмерная их препаровка, повреждение пузырной стенки, перегиб мочеточника при перитонизации раны. Особенно тяжелые осложнения возникают при перевяжке и перерезке мочеточников.

В ряде случаев нарушение моторно-эвакуаторной функции мочеточников, а затем и лоханок может наблюдаться при отсутствии признаков стенозирования, наоборот,