

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГУБОВИДНОГО СВИЩА КИШЕЧНОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА-ПУЗЫРЯ ПРИ ЕГО НАДЛОБКОВОМ ДРЕНИРОВАНИИ

М. Э. Ситдыкова

Кафедра урологии (зав.— проф. Э. Н. Ситдыков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

Операция замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом требует в послеоперационном периоде временного отведения мочи из кишечного мочевого пузыря. Существуют различные способы: уретральный, надлобковый, сочетанный. Наиболее распространенным из них является надлобковое дренирование [1—3]. Большинство авторов осуществляют надлобковое дренирование кишечного мочевого пузыря путем выведения на кожу отводящего и приводящего колен кишечного трансплантата с последующим введением в его полость резиновой трубки. Такой способ дренирования сопровождается образованием губовидного свища кишечного пузыря, который может быть устранен лишь повторным хирургическим вмешательством с установлением постоянного уретрального катетера, что небезразлично для больных, перенесших столь травматичную операцию, как цистэктомия с замещением мочевого пузыря кишечным трансплантатом. Кроме того, наличие длительно существующего (более 2 мес) губовидного свища препятствует быстрому восстановлению нарушенной уродинамики верхних мочевых путей и самостоятельного мочеиспускания. Все это подвергает больного дополнительному риску возникновения и прогрессирования пиелонефрита и хронической почечной недостаточности. Значительно отдалается и срок выздоровления больных.

Мы предлагаем способ надлобкового дренирования кишечного мочевого пузыря, лишенный указанных недостатков. Данный способ препятствует образованию губовидного свища, исключает повторное оперативное вмешательство с целью его закрытия, не требует уретрального дренирования, содействует восстановлению самостоятельного мочеиспускания в течение 2—3 нед после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом и нормализации уродинамики мочеточников в сроки от 3 до 7 нед.

Надлобковое дренирование кишечного мочевого пузыря осуществляли следующим образом. После резекции кишечника и выделения изолированного сегмента длиной до 20 см в его просвет через приводящий или отводящий конец трансплантата вводили резиновую трубку диаметром 7—8 мм. Просвет кишечного сегмента ушивали до дренажа узловым швом Жобера (рис. 1). Для этого использовали кетгутовую нить № 2, которой фиксировали резиновую трубку в просвете изолированного сегмента кишечника. Затем до дренажа на кишку накладывали второй

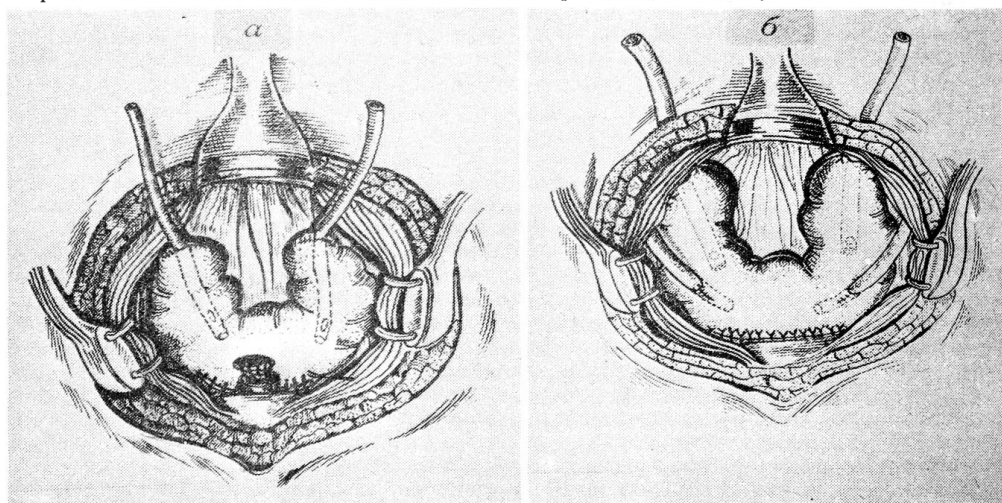


Рис. 1. Схема надлобкового дренирования кишечного мочевого резервуара: а) «U»-образное расположение сегмента; б) заключительный этап.

ряд узловатых капроновых серозно-мышечных швов Лембера. После выполнения уретерокишечного и уретрокишечного анастомозов дренажную трубку выводили на поверхность кожи не по средней линии, то есть не через операционную рану, а через прямую мышцу живота. Для этого производили разрез кожи, апоневроза прямой мышцы длиной 1 см, отступя на 2 см от нижнесрединного операционного разреза на уровне передневерхней ости подвздошной кости. В данный разрез вводили зажим Кохера в направлении спереди назад через толщу прямой мышцы. Дренажную трубку, захваченную зажимом Кохера, выводили наружу и подтягивали до соприкосновения кишечной стомы с внутренней поверхностью прямой мышцы живота, где фиксировали 4 швами (рис. 2). Подобным образом кишечная стома может быть выполнена при любом варианте расположения кишечного трансплантата.

Цистэктомия с замещением мочевого пузыря кишечным трансплантатом была проведена у 160 больных с различным расположением кишечного сегмента (изо- и антиперистальтическое, «U»-образное). Надлобковое дренирование кишечного мочевого пузыря предложенным нами способом осуществлено у 48 больных, из них у 39 с положительным результатом. Самостоятельное мочеиспускание восстановилось у них в течение 2—3 нед с момента операции, что служило при общем удовлетворительном состоянии больных показанием для извлечения эпидистомического дренажа.

Надлобковая стома кишечного резервуара прекращала функционировать через 1—3 дня после выведения трубки. Края кишечной стомы смыкались, а волокна прямых мышц прикрывали их, препятствуя тем самым просачиванию мочи и образованию губовидного свища кишечного мочевого пузыря. У остальных 9 больных из 48 оперированных сроки надлобкового дренирования колебались от 4—5 нед до 2,5—3 мес из-за возникновения послеоперационных осложнений, не связанных с данной методикой.

Таким образом, применение предлагаемой нами методики надлобкового дренирования предупреждает развитие губовидного мочевого свища искусственного кишечного мочевого пузыря, позволяет избежать повторной операции по иссечению и закрытию свища, способствует экономии медикаментов и перевязочного материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Великанов К. А., Новиков А. М. // В кн.: Материалы V Всесоюзной конференции урологов.— М., 1967.— 2. Лоскутов М. И. // Создание функционирующего искусственного мочевого пузыря из толстой кишки после цистэктомии при раке и диффузном папилломатозе. Автореф. докт. дисс.— Минск, 1969.— 3. Шахов Е. В. // Кишечная пластика мочевого пузыря. Автореф. докт. дисс.— Горький, 1975.

Поступила 25.05.86.

ОБЗОРЫ

УДК 616.831.45—02:[616.43/.45+616.8

ЗНАЧЕНИЕ ШИШКОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В НЕЙРОЭНДОКРИННОМ ГОМЕОСТАЗЕ ЖЕНЩИНЫ

Ф. А. Фаттахова

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— проф. З. Ш. Гилязутдинова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Многочисленными экспериментальными исследованиями [18, 21, 25] было доказано подавляющее влияние эпифиза на секрецию половых желез, которая объясняется первичным влиянием шишковидной железы на образование гонадотропинов. Внутривенное введение гормона эпифиза мелатонина приводит к накоплению нейросекрета в ядрах гипоталамуса, блокирует его выброс в заднюю долю гипофиза [2]. Центральное действие мелатонина проявляется в подавлении секреции лютеотропного гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофизом [16]. Исследования, проведенные Е. И. Чазовым и В. А. Исаченковым [10], свидетельствуют о высокой степени зависимости образования лютеотропного гормона от шишковидной железы. Дополнительно авторы продемонстрировали, что участие эпифиза в регуляции синтеза лютеотропного гормона не утрачивается по завершении полового созревания, а сохраняется на протяжении длительного периода репродуктивной стадии. Амплитуда воздействия эпифиза на уровень образования лютео-