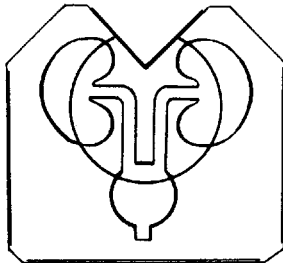




ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОЛОГИИ



ТАРТУ 1987

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОЛОГИИ

Тезисы конференции, посвященной 25-летию
урологического отделения
Тартуской клинической больницы

ТАРТУ 1987

Ответственный редактор Х.М. Тихане

Arch.

9392

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ УРОЛОГИИ.
Тезисы конференции, посвященной 25-летию урологического
отделения Тартуского клинической больницы.
На русском языке.
Тартуский государственный университет.
ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Дликооли, 18.
Ответственный редактор Х. Тихане.
Корректор Л. Оноприенко.
Подписано к печати 3.07.1987.
ИБ 06987.
Формат 60x84/16.
Бумага ротаторная.
Машинопись. Ротапринт.
Условно-печатных листов 5,35.
Учетно-издательских листов 5,18. Печатных листов 5,75.
Тираж 295.
Заказ № 627.
Цена 35 коп.
Типография ТГУ, ЭССР, 202400, г.Тарту, ул.Тийги, 78.

© Тартуский государственный университет, 1987

РАЗВИТИЕ УРОЛОГИИ В ТАРТУСКИХ КЛИНИКАХ

Х.И. Каск

Тарту

Урологию следует считать одной из наиболее древних отраслей медицины. При раскопках, проведенных в Египте, у мумифицированных трупов были найдены явные признаки мочевого камня. Наиболее древней (около 7000 лет) считается находка мочевого камня, обнаруженного при изучении скелета одного юноши. В Британском национальном музее нам довелось видеть бронзовый мочевой катетер, изготовленный 5000 лет назад. Гиппократ (460-370 лет д.н.э.) дал подобное по тому времени описание мочекаменной болезни с изложением теоретических соображений об образовании этих камней. Однако и в античности, и в средние века урологические вмешательства были делом т.н. бродячих операторов (цырульников) и далеки от медицинской науки. Гийон (Guyon, 1831-1920) был тем врачом-хирургом, который специализировался по урологии, и с его именем теперь связывают начало урологии как самостоятельной отрасли медицины. Первые урологические клинические отделения были организованы в Париже (Civiale, 1830) и в Лондоне (Thompson, 1860). Существенным стимулом для развития урологических знаний и науки служило изобретение цистоскопа (Nitze, 1877). Первое урологическое отделение в России (и третье в мире) было основано в Одессе в 1863 г.

В Эстонии урология развивалась в рамках общей хирургии и связана с историей медицины в Тартуском университете. Известно, что один из старейших вузов нашей страны - университет в Тарту - основан 30.VI.1632. В то время, в начале 17 столетия, медицину здесь преподавали два профессора, но хирургии при этом не уделялось отдельного внимания. В связи с тогдашней военно-политической обстановкой, последовательная работа здешнего университета продолжалась до 1656 г., а в

1699 г. он был переведен в г. Пярну, где академические занятия продолжались до 1710 г. Именно здесь впервые в Эстонии преподавали хирургию в высшем учебном заведении (профессор L. Braun). При вновь открытом 22.IV. 1802 г. Тартуском университете имелось четыре факультета, один из них - медицинский. В составе тогдашнего медицинского факультета было 6 кафедр, в том числе хирургическая. В 1806 г. здесь же, на Тооме (Домберг), в помещении бывшей шведской казармы организовали хирургический стационар на 6 коек, который затем постепенно расширялся. В 1871 г. заведующим указанной кафедрой стал Э.Бергманн. По его инициативе в 1875 г. на Тооме строили хирургическую клинику на 40 коек. После Э.Бергманна кафедрой заведовал (1878-1890) профессор Э.Валь. В опубликованных этим ученым работах разрабатывались вопросы заболеваний сосудов, органов живота, травматологии и урологии. Непосредственно урологией занимался и известный профессор хирургии Цеге ф. Мантейфель (в Тарту 1906-1917 гг.) В период буржуазной Эстонии в здешних клиниках этими больными и урологической наукой занимались под руководством профессоров K. Konik и U. Karell . Особо следует отметить профессора А. Линкберга, специализировавшегося по урологии у известного ученого E. Marion в Париже; он руководил лечением урологических больных в I университетской хирургической клинике (в дальнейшем в Тартуской клинической больнице) в 1938-1970 гг. и во многом дополнял специальные инструментальные методы исследования. В 1921 г. в Тарту в Марьямьзаском госпитале была основана II университетская хирургическая клиника, которой заведовал профессор R. Wannach. После восстановления советской власти в Эстонии, и особенно после II мировой войны хирургия здесь успешно развивается, особенно на базе обеих университетских клиник (клинических больниц). Урологические операции проводились как в Тоомеской больнице (проф. А. Линкберг, доц. Л. Вайнер и др.), так и в Марьямьзаской клинике (доц. X. Петлем, Э. Силиксаар и др.). Исследованиями же нуждающихся в урологической помощи больных тогда в основном занимались терапевты, которые по показаниям направляли больных на операцию. Хирургия урологического порядка в те времена в основном сводилась к удалению почки по разным по-

казаниям, мочевых камней и к отдельным радикальным операциям по удалению предстательной железы. Рост спроса и необходимости в хирургии мочеполовых органов, а также развитие урологической науки у нас и во всем мире привели к тому, что и в Тарту нужно было организовать самостоятельное урологическое отделение. Оно было основано в Тоомеской клинике, при тогдашней Тартуской городской больнице, в октябре 1962 г. на 30 коек (заведующий - уролог Г.Тульмин, первый ординатор - В.Чемарин). С I.XI.1962 здесь же открыли урологический кабинет, в котором оказывали специализированную амбулаторную помощь (больные принимались 3 раза в неделю). В то же время интенсифицировалась работа по урологии в другой университетской хирургической клинике (тогдашней Тартуской республиканской клинической больнице), где на базе общехирургического отделения организовали две урологические палаты (урологи Х.Каск и Э.Руус). В них специализированную урологическую помощь получали в среднем 200 больных в год. Организация самостоятельного отделения значительно улучшила условия развития урологической службы. Уже в первый год деятельности в новом отделении было госпитализировано 441 больной и проведено 122 эндоскопические процедуры. Были внедрены такие способы урологического обследования, как аортография, пневмоцистография, пневмопиелография и пневморетроперитонеум. В то же время возникла необходимость в искусственной почке. С 1963 г. в отделении стала работать Н.Херманн-Пихельгас. Из новых методов исследования в этом же году внедрили везикулографию и лимфографию, из хирургических вмешательств - пластику почечной лоханки и резекцию почки. Число больных в отделении доходило до 473 чел. в год, из них разным операциям подвергалось 202. С 1965 г. применяется биопсия почки, транслумбальная ангиография в горизонтальном и вертикальном положении, осадочная цистография и с 1966 г. - трансфеморальная ангиография почек. Уже за первый год внедрения ангиография была проведена у 100 больных. В 1966 г. при отделении организовали лабораторию искусственной почки (зав. отд. Х.Тихане). С 1977 г. применяется транслумбальная пункционная биопсия почки со специальной иглой, с 1968 г. - определение щелочного резерва и газов крови микрометодом

Аструпа. Пересадка почки проводится с 1968 г. В 1969 г. для лечения ренальной гипертензии проведена первая резекция почечной артерии с наложением анастомоза конец-в-конец.

В 1971 г. на территории Марьямйзаских клиник сооружен новый хирургический корпус, в котором I.IX. 1971 реорганизовали новое урологическое отделение с лабораторией искусственной почки. В 1972 г. в реорганизованном отделении на лечении находилось 438 больных, из них прооперировано 152. В последующие годы в Тартуской клинической больнице было развернуто 35 урологических коек, организовано самостоятельное отделение искусственной почки и реанимационное отделение, в котором при необходимости проводят интенсивную до- и послеоперационную терапию урологических больных. Исходя из решения коллегии МЗ ЭССР, в 1976-1977 гг. в составе нового хирургического корпуса вновь реорганизовали урологическое отделение со сметным количеством 45 коек, из них в 1977 г. фактически использовали в среднем 41. Заведующим этим отделением назначили Х.Каск, ординаторами стали работать Г.Тулмин, В.Чемарин, Н.Пихельгас. Из факультетских кафедр отделение курировали доценты Х.Петлем и Х.Тихане. В 1977 г. здесь на лечении находилось уже 752 больных, хирургическая активность в отделении повысилась до 45%. С 1978 г. развернуто 45 коек в едином отделении. Таким образом, урологическое отделение Тартуской клинической больницы стало центром урологической службы для г. Тарту и 6 районов Южной Эстонии. В этих районах работают урологи, прошедшие специализацию в центре (В.Сеппа в Валга, А.Кунигас в Пылва и др.). Поддерживаются тесные связи с Московским и Ленинградским центрами урологии. В 1984 г. при этом отделении состоялась расширенная научно-практическая конференция, на которой с докладами выступили проф. В.Н. Ткачук и сотрудники (Ленинград), в 1986 г. - с участием проф. В.Я. Симонова и сотрудников (Москва). Внедряются методы трансуретральной хирургии предстательной железы и др.

В настоящее время в нашем отделении разрабатываются следующие проблемы: 1) хирургическое лечение аденомы предстательной железы в спинальной анестезии, 2) лечение блуждающей почки, 3) лечение и профилактика мочекаменной болезни,

4) лечение ренальной гипертонии, 5) развитие онкоурологии, в частности вопросы радикального лечения рака мочевого пузыря.

В 1977-1986 гг. в отделении внедрены такие виды вмешательств и манипуляций, как пункционная биопсия предстательной железы, методы выбора для спинальной анестезии в хирургии предстательной железы, эмболизация почечной артерии при подготовке к операции и вмешательствах на почке по поводу ее опухоли, и хирургическое лечение недержания мочи у женщин.

Приводим некоторые итоговые показатели 25-летней деятельности отделения: за последние 10 лет растет интенсивность работы отделения (за этот период госпитализировано 15718 больных, из них за последние 10 лет - 9078). Наибольшее годовое число больных на 45 койках - 991 чел. (1986 г.). За 25 лет прооперировано 6856 больных, из них за последнее десятилетие - 4320. Хирургическая активность в 1986 г. достигла 50,5%.оборот лечебной койки и среднее пребывание больного на лечении были в 1962 и 1976 г. соответственно 15,1 и 21,7, в 1977 и 1986 г. - 20,3 и 17,4. Общая и послеоперационная смертность в отделении составляла в 1962 - 1976 гг. соответственно 1,8%-8,4% и 1,5%-7,1%, а в 1977-1986 гг. - 1,7%-3,1% и 2,0%-4,4%. Хирургическая активность повысилась с 36,5% (первые 15 лет деятельности) до 47,8% (последние 10 лет работы), что считается довольно значительным показателем. Преобладающее большинство в отделении составляют больные мочекаменной болезнью с различными ее проявлениями. Учащение и рост этой заболеваемости с увеличением необходимости в стационарном лечении выражается, например, в том, что в 1943-1971 гг. (28 лет) по поводу данного заболевания госпитализировано 1458 больных, а в 1976-1986 гг (10 лет) - 2483, т.е. в среднем 248 больных в год при 45 лечебных койках. Абсолютное число и частота проводимых по поводу мочекаменной болезни операций также растут. На втором месте по частоте госпитализации - больные с аденомой предстательной железы. В 1962-1976 гг. (15 лет) по этому поводу прооперировано 626, а в 1977-1986 гг. (10 лет) - 1318 чел. С 1980 г. практически все указанные операции проводят в спинальной анестезии, причем без существенных осложнений. Онкоурологи-

ческие больные занимают третье по частоте поступления место. Преобладает рак мочевого пузыря. В 1977-1986 гг. (за 10 лет) по поводу этой локализации рака госпитализировано 538 больных, из них прооперировано 376. Основным методом операции при этом мы считаем широкую резекцию или гемирезекцию пузыря с наложением неосанастомоза одного мочеточника. При обширных тригональных опухолях и рецидивирующем раке мы проводим тотальное удаление мочевого пузыря с пересадкой мочеточников в сигмовидную кишку. Такое вмешательство в 1956-1986 гг. (30 лет) проведено у 136 больных. Рак почек установлен за 10 лет у 208 находившихся в отделении больных, из них прооперировано 145. В течение ряда лет проводятся операции по поводу блуждающей почки. В этой связи наш материал представляется одним из наиболее представительных в стране. Диагноз блуждающей почки в 1960-1986 гг. установлен у 1283 больных, из них прооперировано 827. До 1970-х годов мы при этих операциях применяли в основном аллопластические методы, а в последнее десятилетие нами проведено 450 операций по методу Ривуа (Rivoir) с применением лоскута поясничной мышцы.

За относительно небольшой в масштабе истории период - 25 лет, в нашем урологическом отделении сложились основные направления работы, определенная структура и специфика деятельности.

В данное время отделением продолжает заведовать Х.Каск, ординаторами работают Н.Пихельгас, Г.Тульмин, В.Чемарин и Э.Ахзе, старшей сестрой - С.Кутсар. Отделение является учебной базой медицинского факультета Тартуского госуниверситета, в частности - кафедры оперативной хирургии и урологии (зав. кафедрой проф. Э.Сепп, доцент Х.Тихане, ассистент П.Тээяр).

ИЗМЕНЕНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО СТОЛЕТИЯ (ПО ДАННЫМ ТАРТУСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЭСТОНСКОЙ ССР)

Х.И. Каск, П.Э. Тээяр
Тарту

В 1900–1943 гг. в нынешней Тартуской клинической больнице лечение по поводу мочекаменной болезни проходило всего 267 больных. В 1943–1971 гг. здесь на лечении находились 1458 таких больных, причем 82% из них (1191) госпитализировано в течение одного десятилетия (1961–1971 гг.). За последнее (1976–1986 гг.) десятилетие в этой больнице по поводу мочекаменной болезни госпитализировано всего 2483 больных, т.е. в среднем 248 чел. в год. Из указанных данных явствует, что из года в год растет как заболеваемость уролитиазом, так и потребность в стационарном лечении его. Следует отметить, что в последнее десятилетие у 70,4% (1747) больных конкременты уротракта верифицировались рентгенограммами, а у 17,2% был установлен мочецидный или оксалатдиатез без рентгеноконтрастных конкрементов. 12,4% больных госпитализировано по поводу выявленных почечных приступов, но у них не удалось обнаружить ни камней, ни выраженного диатеза.

Мы проанализировали 500 историй болезни (1983–1984 гг.). В возрасте 30–60 лет оказалось 65,2% больных (из них 15% – 31–40 лет, 21,6% – 41–50 и 26% – 51–60 лет). В третьем десятилетии жизни почечно-каменные приступы встречались у женщин в 1,9 раза чаще, а при достижении 40–60 лет частота мочекаменной болезни оказалась одинаковой. Повторные приступы почечных камней наблюдались у 73,6%, причем из верифицированных на рентгенограммах камней 30,2% (у каждого третьего больного) – рецидивные камни.

В последние годы мы прибегаем к химическому анализу состава камней и пользуемся при этом рентгенокристаллическим методом. С 1965 г. все больные с рецидивирующим уролитиазом

подвергаются исследованиям кальция и фосфора. Проведено 63 ревизии околощитовидных желез, у 26 чел. диагноз гиперпаратиреоза нашел подтверждение. У большинства больных с рецидивными камнями мы теперь в сыворотке крови определяем уровень паратгормона радиоиммунологическим путем.

С 1946 г. здесь проводились отдельные операции по удалению почечных камней, с 1950 г. число этих вмешательств значительно увеличилось (1950-1959 гг. - 81, 1960-1970 гг. - 528, 1970-1986 гг. - 796). Послеоперационная летальность за последнее десятилетие не превышает 1,6%, с колебаниями в разные годы от 0,58% до 2,64%. Коралловидные камни почек у нас встречались у 8,9% (17,9% из почечных камней). Отметим, что у 60% больных с коралловидными камнями в анамнезе характерных признаков камнеобразования не было, камни были выявлены исходя из патологической находки в моче.

Таким образом, мочекаменную болезнь следует считать учащающимся в наше время заболеванием. Растет частота операций по удалению камней из верхних мочевых путей. Общая частота таких операций за последние 20 лет возросла в 1,5 раза. Считаем, что всем больным с рецидивирующим уролитиазом показано исследование фосфорно-кальциевого обмена.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ УРОЛИТИАЗЕ

П. Тээяр
Тарту

За 1976-1986 гг. в урологическом отделении Тартуской клинической больницы госпитализировано 2483 больных с уролитиазом, у 1827 из них (73,6%) камень или почечный приступ был повторным. Из общего числа больных (2483) камень рентгенологически диагностировался у 66,8% больных, из этих камней 30,2% - рецидивные камни. Отсюда следует, что почти каждый третий больной с уролитиазом обращается повторно. У этой категории больных показано выявление причины камнеобразова-

ния, одной из которых является гиперпаратиреоз.

Всем больным с двусторонним или рецидивирующим уролитиазом мы проводили исследование фосфорно-кальциевого обмена с целью выявления гиперпаратиреоза в возможно ранней стадии заболевания. В диагностике основываемся на данных определения уровня кальция, фосфора и мочевой кислоты в сыворотке крови, а также на абсолютную экскрецию этих веществ (в суточной моче). Используется и проба кальциевой нагрузки по Говарду. В течение последних 5 лет у всех пациентов радиоиммунологическим методом определялся и уровень паратгормона в сыворотке крови.

У наших больных с мочекаменной болезнью и гиперпаратиреозом анамнез составлял в среднем 5,9 года до выявления истинной причины камнеобразования. Содержание кальция в сыворотке крови у них по средним показателям достигало 2,67 ммол/л. Отсюда видно, что при так называемой "висцеральной" форме гиперпаратиреоза не следует ожидать резко выраженных сдвигов в содержании кальция. Подозрительной мы считаем концентрацию кальция выше 2,6 ммол/л, так как у людей без нарушения кальциевого обмена уровень достигает 2,4-2,5 ммол/л. Суточная экскреция кальция с мочой составляла в среднем 347 мг (норма 250-300 мг), но при длительно протекающем гиперпаратиреозе экскреция кальция находится в пределах нормы.

Операции на околощитовидных железах у нас проводятся с 1965 года, вообще их проведено у 47 больных; у всех наблюдалось рецидивирующее камнеобразование. Средний возраст больных с гиперпаратиреозом - 41,4 года. Диагноз гиперпаратиреоза подтвердился у 26 чел. Изучению подлежали все клинические явления, указывающие на возможный гиперпаратиреоз, так как, например, желудочно-кишечная патология в виде язв двенадцатиперстной кишки и желудка (рентгенологически - у 6 больных), желудочно-кишечные расстройства вообще имели место у 13 больных (у трех больных - панкреатит). Патологические изменения со стороны скелетной системы наблюдались только у нескольких человек (3 больных).

Согласно нашим данным, коралловидные камни составляют 17,9% из всех камней лоханки почки; у каждого четвертого из этих больных наблюдались двусторонние коралловидные камни.

Хирургическая ревизия околощитовидных желез произведена несколькими больными с коралловидными камнями, у них изменений фосфорно-кальциевого обмена не наблюдалось.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ И ПРОФИЛАКТИКА ЦИКЛИЧЕСКОГО УРАТНОГО КАМНЕОБРАЗОВАНИЯ

А.И. Радавичюс, А.А. Тулаба, Л.П. Босас
Каунас

Почечно-каменная болезнь занимает ведущее место в составе урологических заболеваний среди населения г. Каунаса. Особенно увеличивается число больных, страдающих уратным литиазом: в 1977 г. они составили 12,5% от 595 больных, а в 1986 г. — 17,2% от 732 стационарных больных литиазом. По химическому составу из выделенных с мочой и удаленных оперативным путем камней уратные встречаются в 25,0% случаев.

Известно, что существует контингент людей, у которых происходит циклическое образование и самопроизвольное выделение уратных камней. Цикл образования и выделения камней с мочой варьирует от 2 до 6 месяцев. Выделение их сопровождается ренальной коликой, и в этот период больные являются нетрудоспособными. В дальнейшем присоединяется пиелонефрит, уратные камни покрываются карбонатной оболочкой, увеличиваются в размерах, и их самопроизвольное выделение прекращается. Таких больных приходится оперировать, и поэтому для них очень важна профилактика камнеобразования.

Больные с циклическим образованием камней не всегда в начале заболевания попадают в стационар при первичном уретеролитиазе. Чаще они поступают с повторяющимися ренальными коликами и самопроизвольным выделением уратных камней.

Мы разработали схему для диспансеризации и профилактического лечения больных "камнеобразователей" уратного происхождения. При поступлении больных этой категории и самопроизвольном выделении уратных камней, а также тем больным, у которых затягивается выделение камней, мы назначаем ощелачи-

вание мочи цитратами (раствором Айзенберга, блемареном, салураном или другими) 3 раза в сутки (через 8 часов) с измерением рН мочи через 3 часа после приема лекарств. Дозировку меняем в зависимости от показателей рН мочи, стараясь поддерживать рН в пределах 6,2-6,8. Начальная продолжительность лечения составляет 1,5-2 месяца. После этого одним больным назначали цитраты постоянно 1 раз в день в установленной ранее дозе, другие после месячного перерыва от начала лечения принимали их 3 раза в сутки в дозах, зависящих от рН мочи. У них месячный прием цитратов чередовался с месячным перерывом. Разницы в результатах лечения I и II вариантом мы не заметили.

Всем больным рекомендовали увеличить количество приема жидкости и уменьшить прием мясных продуктов. При увеличении содержания мочевой кислоты в крови назначали циклический прием аллогуринола (1 месяц - принимать, 1 месяц - сделать перерыв).

В течение 5 лет во 2-ой Каунасской клинической больнице и поликлинике взяли на диспансерное наблюдение и проводили профилактическое лечение 310 больных. Ближайшие и отдаленные результаты известны у 264 (85,1%) человек. Остальные 46 или только начали лечение, или сняты с учета в связи с переменой места жительства.

В результате такого профилактического лечения почечные колики и самопроизвольное выделение уратных камней полностью прекратились у 237 (89,7%) больных, а у 27 (10,3%) образование камней продолжалось, из них 17 больных пришлось оперировать по поводу обструкции мочеточников.

Очевидное и благоприятное достижение диспансеризации и вышеизложенного профилактического лечения такого циклического образования с самопроизвольным выделением с мочой уратных камней и солей позволяет нам рекомендовать нашу методику для применения в урологических кабинетах поликлиник.

ТРАССАКРАЛЬНАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ И УСКОРЕНИЕ ЛИТУРЕЗА МОЧЕТОЧНИКОВЫХ КАМНЕЙ

Ч. А. Синкевичус, А. А. Тулаба, А. И. Радавичюс
Каунас

Для купирования почечной колики предлагается много способов. Одним из них являются новокаиновые (тримекаиновые) блокады. Всем известна паранефральная блокада по А. В. Вишневному, но многие от нее отказались из-за опасности повредить почку или паранефральные сосуды. Почти безопасна блокада семенного канатика (круглой связки) по Лорин-Энштейну, но из-за ее более рефлекторного, чем прямого механизма не всегда получается желаемый эффект. Было опубликовано предложение применять новокаиновую блокаду тазового отдела мочеточника через лакунарную связку (Костючук Н. Н., 1987). Хотя при этой блокаде происходит прямое воздействие на мочеточники, но по своему выполнению она сложна и не лишена возможности повреждения большого количества кровеносных сосудов в тазу. В 1965 г. В. М. Schnur и J. A. Sakson предложили инсуффляцию газа через крестцовые отверстия. Газ, в зависимости от его количества, распределяется по всему забрюшинному пространству, в чем мы убедились сами. Приняв за основу эту методику, мы с 1975 г. начали осуществлять трансакральные блокады новокаином (тримекаином) при почечной колике с целью ускорения литуреза камней мочеточников.

Техника блокады проста. Больной ложится на живот. Проводятся две вертикальные линии: одна — по середине крестца, а вторая — параллельно первой, отступая от нее на 2 см в нужную сторону. Прощупывается крестцово-копчиковый сустав и на расстоянии 2 см вверх от него проводится горизонтальная линия, перпендикулярно двум первым. Место пересечения горизонтальной и вертикальной боковой линий соответствует предпоследним отверстиям крестцовой кости. В этом месте анесте-

зируется кожа и игла вертикально вводится через отверстие вглубь на 5-7 см. Когда игла проходит в пресакральное пространство, свободно вводится 100-150 мл 0,25%-ного раствора новокаина или тримекаина.

За последние 3 года (1984-1986 гг.) при почечных коликах трансакральную блокаду применили у 135 больных от I до 3 раз. Почечные колики были полностью сняты в 95% и уменьшились в 5% случаев. Если по анализу других методик стимулирования литуреза (медикаментозные, физиотерапевтические) он в стационаре произошел в 20,6% случаев, то после трансакральных блокад, повторяющихся при надобности до 3-х раз, из 135 больных камни в стационаре отошли у 67 (49,6%). В тех случаях, когда камни находились в верхней трети мочеточника, почечная колика снималась не полностью. При камнях в средней и нижней трети мочеточника во всех случаях колика купировалась полностью. Осложнений при этом мы не наблюдали.

Приведенные данные показывают ценность метода трансакральной блокады в тех случаях, когда другими способами купировать почечную колику не удается. Трансакральные блокады ускоряют отхождение мочеточниковых камней в 2 раза чаще, чем другие методы.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПТОЗА

Г.Т. Тулмин, Х.М. Тихане, П.Г. Тулмин,
И.К. Паю, И.В. Равен
Тарту

Несмотря на большой клинический опыт оперативного лечения нефроптоза, показания к нефропексии часто являются спорными, результаты же оперативного лечения - не всегда успешными. За период с 1960 по 1987 гг. в урологическом отделении Тартуской клинической больницы находилось на лечении 1368 больных нефроптозом, из них оперировано - 886 (64,7%).

В течение последних 10 лет (1977-1987) в стационаре лечилось 598 больных, из них оперировано - 450 (75,2%). Воз-

раст больных: до 40 лет - 62,3%, старше 40 лет - 37,7%. Из числа оперированных мужчин было 3%. В большей части случаев наблюдался правосторонний и сравнительно редко - двусторонний нефроптоз, обычно сопровождавшийся энтероптозом. Изолированный левосторонний нефроптоз не встречался. При двустороннем нефроптозе иногда боли преобладали в левой стороне, хотя нефроптоз был более выраженным справа. Осложнения при нефроптозе: рецидивирующий пиелонефрит (49,4%), почечные колики (11,6%), гематурия (8,0%), артериальная гипертензия (3,8%), пиелозктазия (3,8%).

Для диагностики и выяснения индикации оперативного лечения были проведены следующие исследования.

Пальпация почек в горизонтальном и вертикальном положении тела больного.

Рентгенологическое обследование: экскреторная урография в горизонтальном и вертикальном положении тела для выяснения степени нефроптоза, поворота почки (почечной лоханки) с застойными явлениями почечной лоханки (пиелозктазия), в частности на более поздних урограммах (30 мин) в вертикальном положении тела.

Ретроградную пиелографию в последнее время мы не используем.

Реновазография в вертикальном положении тела больного показана при артериальной гипертензии для установления стеноза почечной артерии, фибромускулярной гиперплазии, дистопии почки, а также при макрогематурии (опухоль почки).

В последнее время мы используем радиоизотопную ренографию с J^{131} с гиппураном, выполняемую в вертикальном и горизонтальном положениях тела, и определяем эффективный почечный кровоток до и после операции.

Показанием к оперативному лечению считаем: 1) постоянные боли, особенно в вертикальном положении тела, в области почки; 2) поворот оси почки с застойными явлениями в почечной лоханке (пиелозктазия); 3) удлинение экскреторной фазы на изотопной ренограмме в связи с понижением эффективного кровотока до 50%, по сравнению с контралатеральной нормальной почкой.

В 1960-1978 гг. оперативное вмешательство осуществляли

методом нефропексии синтетическими тканями (дакроновая полоска), т.е. аллопластика: почку подвешивали к XII и XI ребрам. С 1978 года методом выбора являлась нефропексия мышечным лоскутом по Ривою с некоторыми модификациями без туннелизации фиброзной капсулы почки. Особенно важным считаем ликвидацию спаек нижнего полюса почки и "мешка" между пре- и послеренальной фасцией, в которую почка погружается в вертикальном положении.

Постельный режим после операции составляет обычно 5 дней, а при фиксации свободного конца мышечного лоскута на поперечную мышцу живота - 2 дня.

После нефропексии на основании субъективных жалоб и состояния функционально-анатомической функции почек был обследован 261 больной. Из этого числа 148 чел. прооперировано аллопластическим методом. Отдаленные результаты у 128 больных (86,5%) были хорошими, у 18 (12,1%) - удовлетворительными, у 2 (1,2%) - плохими. После проведения нефропексии мышечным лоскутом (121 больной) отличные и хорошие результаты достигнуты у 113 (93,5%), удовлетворительные - у 5 больных (4,1%). Неудовлетворительные результаты отмечались у 3 больных, у них через несколько лет после операции пришлось удалить почку в связи с пиелонефрозом и туберкулезом органа.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что хороших результатов оперативного лечения нефроптоза можно достичь при правильных показаниях к операции. Способом выбора считаем нефропексию мышечным лоскутом без туннелизации под фиброзной капсулой почки, путем фиксации лоскута к капсуле, что является менее травматичным. Общий энтероптоз не является противопоказанием к нефропексии, если имеются признаки нарушения оттока мочи - пиелоэктазии.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭМБОЛИЗАЦИИ АРТЕРИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОЧКИ

Э.М. Алтрая, Х.И. Каск

Тарту

В последние годы в ангиографических центрах применяется эндоваскулярная эмболизация артериального русла почки как предоперационный этап или составная часть комбинированного лечения. Нашей задачей было внедрение эмболизации артерии при раке почки как превентивного метода, обеспечивающего уменьшение объема опухоли, минимальную кровопотерю и несложную технику нефрэктомии с большей абластичностью и радикальностью, более надежное ведение послеоперационного периода и, наконец, снижение послеоперационной летальности.

С 1983 по 1986 гг. нами выполнено 21 эндоваскулярная эмболизация почечной артерии по поводу злокачественных опухолей почек у больных, лечившихся в урологическом отделении Тартуской клинической больницы. Среди больных в возрасте 40-74 лет было 12 мужчин и 9 женщин. Распределение по тяжести заболевания следующее: во II стадии - 12 (II кл. группа - 3, III кл. группа - 9), в III стадии - 4 (II кл. группа - 2, III кл. группа - 1, IV кл. группа - 1), в IV стадии - 5 больных (III кл. группа - 2, IV кл. группа - 3). Левосторонний процесс выявлен у 12, правосторонний - у 9 чел.

Эндоваскулярную транскатетерную проксимальную эмболизацию осуществляли в ангиографическом кабинете непосредственно после диагностического ангиографического исследования. В ангиодиагностический комплекс входили: аортография, селективная артериография, нижняя кавография и в некоторых случаях селективная венография почек. На диагностическом этапе подтвердился диагноз раковой опухоли, были установлены показания к эндоваскулярной эмболизации, уточнены критерии операбельности. В просвет почечной артерии для ее перманентного закрытия на максимальном расстоянии от аорты надежно уста-

навливали селективный катетер. В дистальный сегмент артерии через катетер вводили 3-7 модифицированных спиралей типа Джиантурко. При наличии двойной или добавочной артерии мы эмболизировали все артериальные стволы (в 3-х случаях). С целью способствования тромбообразованию через катетер добавили тefлонового волокна и 2-4 мл аутогемосгустков. Для обезболивания использовали 1%-ный промедол - 2,0 мл и 1%-ный димедрол - 1,0-3,0 мл. Контрольная аортография показала полное закрытие ствола артерии. Длительность всей процедуры - 45-130 минут, в среднем - 86 минут, продолжительность рентгеновского облучения составляла 1,5-15 минут, в среднем - 4,8 минуты.

Из 21 больного радикально прооперировано 15 через 3-7 дней после эмболизации. Нефрэктомия лумботомическим доступом была проведена у всех больных с минимальной кровопотерей без переливания крови. Раньше при аналогичных операциях требовалось переливание 1-2 л крови. При операции почка оказалась малокровной, уменьшенной в объеме, паранефральный отек способствовал освобождению ее. Из леченных консервативно повторные аортографии проведены 2 больным. Спустя 5 и 8 месяцев общее состояние удовлетворительное, интоксикации нет, реваскуляризации выключенной почки не произошло. Наступило заметное (больше 10%) увеличение объема контралатеральной почки.

Ведение больных в постэмболизационном периоде несложное. Ишемия почки с использованием спиралей типа Джиантурко возникает постепенно, поэтому болевой синдром выражен нерезко и длится 1-3 суток. Наши больные в этот период получали наркотические анальгетики. У некоторых из них отмечалась тошнота. Повышение систолического артериального давления не потребовало медикаментов. При больших опухолях с 3-х суток после эмболизации отмечалась фебрильная температура в течение 1-3 дней. Применение жаропонижающих средств и мероприятий против общей интоксикации значительно облегчило состояние больных.

Наши наблюдения показали, что нефрэктомия через сутки не приводит к желаемой обескровленности почки, а надежное тромбирование опухолевых сосудов наступает через 2-3 суток.

Больные в более тяжелом состоянии должны подвергаться операции спустя 7-8 суток после эмболизации, когда нормализуются лабораторные показатели, температура тела, уменьшается интоксикация и улучшается самочувствие.

Таким образом, в хирургической клинике эндоваскулярная эмболизация почечной артерии показана у больных с гиперваскулярным раком почки с интоксикацией и макрогематурией. Противопоказанием являются случаи с короткой почечной артерией, когда технически невозможно фиксировать селективный катетер для надежного введения эмболизирующего материала. Эмболизация почечной артерии как предоперационный этап лечения значительно облегчает техническое выполнение нефрэктомии, создает почти бескровное операционное поле, увеличивает радикальность и абластичность операции. Закрытие артерии сопровождается благоприятными клиническими последствиями: увеличивается операбельность опухолей, уменьшается до минимума кровопотеря. У больных с неоперабельными опухолями прекращается макрогематурия, устраняется боль и улучшается общее состояние.

ПРИЧИНЫ НЕФРЭКТОМИЙ И ПУТИ ИХ УМЕНЬШЕНИЯ В ЛИТОВСКОЙ ССР

А.А. Тулаба, А.И. Радавичюс, А.И. Валинскас, К.П. Иоцис, К.А. Грицюс, Б.И. Праташюс, Т.П. Петraitис, Г.И. Римкене, А.И. Римшелис, А.К. Стакенас, П.В. Тулявичюс, А.В. Яцинас, П.А. Черняускас
Каунас

Нефрэктомия - вынужденная мера лечения при заболеваниях почек и верхних мочевых путей. Существуют заболевания, при которых нефрэктомия необходима и является единственным способом лечения (опухоль почки, гнойный пиелонефрит, гипоплазия почки и др.). В последнее время многие урологи утверждают, что количество нефрэктомий уменьшается, но, к сожалению, они еще производятся больным, у которых по состоянию почки

можно было бы выполнять органосохраняющие операции и пытаться сохранить почку. Это во многом зависит от своевременной диагностики и соответствующей лечебной тактики.

Судьба больных с единственной почкой – проблема весьма актуальная. Возникают вопросы о функциональном состоянии оставшейся после операции почки, о профилактике и заболеваниях ее, а также об экспертизе трудоспособности больного. Цель нашей работы – выяснить причины нефрэктомий и возможности их уменьшения в республике. Мы проанализировали клинические данные за 10 лет (1975–1984 гг.) во всех урологических отделениях республики. За этот период было произведено 35060 урологических операций, в том числе 1692 (4,8%) нефрэктомии, в том числе у мужчин – 760 (44,9%) у женщин – 932 (55,1 %). По возрасту больные распределились следующим образом: до 19 лет – 73 (4,3%), 20–39 лет – 313 (18,5%), 40–59 лет – 926 (54,7%) и старше 60 лет – 380 (22,5%) чел.

Новообразования почек и мочеточников явились причиной нефрэктомий у 701 (41,4%) больного, почечно-каменная болезнь – у 446 (26,3%) больных, из них после органосохраняющих (и повторных органосохраняющих) операций – у 120 (26,9%) больных. Это значит, что только у одной четвертой больных до нефрэктомии удаляли камни из почек и мочеточников, сохраняя почку. Гнойные воспалительные заболевания были причиной нефрэктомии у 78 (4,6%) больных, из них после органосохраняющих операций – у 21 (26,9%). Нефрэктомия по поводу гидронефроза из-за плохой проходимости пиелoureтерального сегмента, суженного или сдавленного добавочными сосудами, была выполнена у 185 (10,9%) больных. Пластические операции мочевых путей раньше производились только у 31 (16,8%) больного. Причиной такой запущенности гидронефроза является недостаточное ознакомление врачей общего профиля с врожденными пороками развития мочеточниковой системы и неполное амбулаторное урологическое обследование таких больных. Гипоплазия, заболевания почечных сосудов и другие были причиной первичной нефрэктомии у 71 (4,2%), туберкулез – у 146 (8,6%) больных. Нефроуретерэктомия по поводу туберкулеза все еще производится довольно часто (Т.П. Мочалова – 25,0%), несмотря на большие возможности консервативного противотуберкулезного

лечения. Травмы почки явились причиной нефрэктомий у 52 (3,1%) больных, из них в отдаленном периоде после травмы развился нефроцирроз у 20 (38,5%) и после гинекологических операций оперировали 13 (0,8%) чел.

Анализ причин нефрэктомий в Литовской ССР показывает, что самое большое число их выполняется по поводу новообразований почек (41,4%). Большое количество нефрэктомий особенно первичных (326 больных – 19,3% от общего числа), произведено при почечно-каменной болезни, что указывает на позднюю диагностику камней почек или неправильную тактику лечения этих больных. Первичные нефрэктомии по поводу гидронефроза у 154 (9,1%) чел. свидетельствуют о несвоевременной диагностике и этого заболевания.

Следовательно, для уменьшения числа нефрэктомий при почечно-каменной болезни, гнойных заболеваниях почек, развивающихся гидронефрозах требуется улучшение ранней диагностики и своевременное выполнение органосохраняющих операций, а при тяжелых травмах почек раннее оперативное вмешательство также поможет сохранить почку и избежать ее травматических осложнений.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ И ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК И ПАРАНЕФРАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ

А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин, А.И. Демин, С.А. Силаев
Москва

Вопросы диагностики и особенно лечения кистозных и гнойно-воспалительных заболеваний почек и паранефрального пространства являются весьма актуальными. В НИИ урологии Минздрава РСФСР для решения их широко применяется ультразвуковая диагностика, в том числе чрескожные пункционные методы диагностики и лечения под ультразвуковым контролем. За период с 1984 года было осуществлено 317 пункций кист почек и 15

пункций паранефральных абсцессов.

Пункция кисты под ультразвуковым наведением является легко осуществимой процедурой, позволяющей избежать оперативного вмешательства и значительно сокращающей пребывание пациента в стационаре и реабилитацию его. Вмешательство проводится под местной анестезией, при необходимости у детей применяется общее обезболивание. Содержимое кисты как правило забирается на бактериологическое исследование. После аспирации кисты полость ее заполнялась склерозирующим раствором, что позволяло избежать раннего рецидива.

В ряде случаев ультразвуковая картина абсцесса паранефрия была сходной с картиной кисты почки. В этом случае чрескожная пункция жидкостного образования с аспирацией его содержимого и последующим исследованием являлась дифференциально-диагностической процедурой. Забор содержимого абсцесса и бактериологическое его исследование позволяло определить чувствительность микрофлоры к антибиотикам и назначить рациональную антибиотикотерапию, причем пункционная методика позволяла применять антибиотики местно, вводя их непосредственно в полость абсцесса. Последующее ультразвуковое наблюдение давало возможность контролировать эффективность осуществляемой терапии, динамику изменений в гнойно-воспалительных очагах и сроки их полного излечения.

УДАЛЕНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Х.И. Каск
Тарту

Принимая во внимание выдвинутые на У Всесоюзной урологической конференции 1965 г. положения, главным хирургическим методом лечения опухолей мочевого пузыря является резекция и тотальное удаление его. Показаниями к цистэктомии мы считали:

I. Рецидивы опухоли после резекции мочевого пузыря.

2. Опухоли шейки и треугольника мочевого пузыря.

3. Обширный злокачественный папилломиоз мочевого пузыря.

Для деривации у первых оперированных нами больных была использована сигмоуретеростомия по Coffey I а в дальнейшем — разработанная нами модификация анастомозирования этих элементов. Суть операции заключается в следующем: перерезанные мочеточники фиксируются на свободную тенью параллельно сигмовидной кишке четырьмя шелковыми швами. В сигмовидной кишке делается разрез длиной в 0,5 см, и расщепленный конец мочеточника погружается в просвет кишки. Один лоскут фиксируется, тогда как второй остается висеть свободно, образуя своеобразный клапан.

За последние 31 год (1956—1986) нами произведено удаление мочевого пузыря у 136 больных со злокачественными опухолями мочевого пузыря, в том числе 127 мужчин и 9 женщин. Большинство из них были люди преклонного возраста: старше 70 лет — 16, старше 60 лет — 63, старше 50 лет — 47 больных и 10 больных — до 50 лет. Самый старый прооперированный нами больной был в возрасте 74 лет, самый молодой — 26 лет. В послеоперационном периоде 12 больных (8,8%) умерли от различных осложнений (инфаркт миокарда и мозга, пневмония, перитонит и т.д.).

После цистэктомии и уретеросигмостомии больным угрожают послеоперационные биохимические сдвиги. Признаками нарушения электролитного баланса являются сначала хронический ацидоз и гиперхлоремия. Возникает восходящий пиелит, затем — хронический пиелонефрит. Мы исследовали кислотно-щелочные сдвиги у всех больных, которым была произведена цистэктомия, непосредственно в послеоперационный период и позднее. Проанализированные нами данные показали, что в первые послеоперационные дни сдвиги в кислотно-щелочном равновесии организма незначительные, а затем у большей части больных выражен гиперхлорический ацидоз. Все прооперированные нами больные диспансированы и находятся под регулярным наблюдением. Отдаленные результаты лечения зависят от многих факторов. Если цистэктомию с уретеросигмостомией производить больным в более ранних стадиях рака мочевого пузыря, когда печеночный и почечный фильтр функционально еще в норме, то и отдаленные

результаты будут гораздо лучшими. Нас не должны смущать возможности послеоперационного пиелонефрита и ацидоза.

В настоящее время предупреждать и лечить эти осложнения вполне возможно, необходимо лишь их своевременно диагностировать. Прожить 3-5 лет после цистэктомии, произведенной по поводу рака пузыря, и быть "сухим" - это счастье для больного и большое утешение для врача.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ

А.А. Ваар, И.С. Бельчиков
Таллин

Удельный вес больных со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря в структуре онкологической заболеваемости населения Эстонской ССР сравнительно высок.

По данным регистрации и учета онкологических больных Эстонского ракового регистра, первичная заболеваемость раком мочевого пузыря в республике составляла в 1985 г. 8,1 случая на 100.000 населения, а в 1986 г. - 7,4 случая.

Всего в республике к концу 1986 г. оставалось на диспансерном учете 22,5 больных раком мочевого пузыря на 100.000 населения. Анализируемый контингент больных с вышеуказанной локализацией, подвергшийся радикальному хирургическому лечению в нашем диспансере охватывает период 1979-1986 гг. Всего за эти годы было осуществлено 76 операций цистэктомий, из них умерло в стационаре 13 больных (т.е. 17,1%). Распределение данного контингента больных по полу и возрасту, жителей городов и сельских местностей было следующим:

1. Мужчин - 61 больной, а женщин - 15 больных.
2. Городские жители составляли 76,3% больных, а сельские - 23,7%.

3. Средний возраст у мужчин - 60,5 года, у женщин - 65,1 года.
4. Продолжительность пребывания больных на стационарном лечении в послеоперационном периоде составляла в среднем около 26-ти койко-дней.

Необходимо отметить, что цистэктомию мы осуществляем одномоментно и анастомозы по методу Гудвин - Белт - Соррентино.

В основном такую операцию проводим у больных с первичным раком мочевого пузыря или в случаях рецидивного опухолевого процесса в стадии T₂ и T₃ с поражением треугольника и шейки мочевого пузыря, инфильтрацией ее стенок при отсутствии у больного серьезных сопутствующих заболеваний.

Продолжительность выживания в послеоперационном периоде указанного выше контингента больных приведена в таблице I.

Таблица I

| до 6-ти месяцев | до I года | от I года до 2-х лет | от 2-х до 3-х лет | от 3-х до 4-х лет | от 4-х до 5-ти лет | свыше 5-ти лет |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------|
| 24 б-х | 4 б-х | 15 б-х | 5 б-х | 3 б-х | 3 б-х | 2 б-х |
| В с е г о 56 больных | | | | | | |

Как видно из данной таблицы, в течение первого года после операции умерло 28 больных (т.е. 45%). Причиной смерти в основном была хроническая почечная недостаточность вследствие сопутствующего пиелонефрита и азотемии, обострение сердечно-сосудистой недостаточности. Из 14-ти больных, которым в течение 1986 г. произведена радикальная цистэктомия, в настоящее время живут 11 человек.

Поскольку отдаленные результаты радикального хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря остаются пока еще далеко неудовлетворительными, считаем необходимым:

- I. Улучшить в ходе всеобщей диспансеризации населения качество лабораторной и урологической диагностики лиц с подозрением на новообразовательный процесс в мочевом пузыре с целью раннего выявления и лечения таких больных.

2. После выписки из стационара больных, перенесших операцию цистэктомии, за ними необходимо осуществлять активное диспансерное наблюдение. Целью такой диспансеризации являются периодический контроль за показателями функции почек, данных клинических и биохимических анализов и активная своевременная терапия, направленная против восходящей мочевой инфекции и гиперхлоремического ацидоза.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АДЕНОМЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, Б.К. Комяков
Ленинград

По данным урологической клиники I ЛМИ им. акад. И.П. Павлова за 1978-1986 гг. 38,1% больных аденомой предстательной железы были госпитализированы в экстренном порядке по поводу острой задержки мочеиспускания и осложнений, связанных с катетеризацией мочевого пузыря на догоспитальном этапе. С целью оказания первой помощи данным больным мы применяем надлобковые методы эвакуации мочи: пункцию или временное (на 10-18 часов) капиллярное дренирование мочевого пузыря, используя при этом подключичный катетер. Это позволяло избежать повторных пункций или катетеризации мочевого пузыря, что чрезвычайно важно для профилактики госпитальной инфекции, а также для более полного обследования больного. В ближайшие часы с момента поступления у всех больных производили всестороннее обследование, а параллельно - и предоперационную подготовку, которая в некоторых случаях носила характер интенсивной терапии.

Наш клинический опыт позволяет считать, что каждый поступивший больной аденомой предстательной железы с острой задержкой мочеиспускания должен быть прооперирован в первые 24 часа с момента госпитализации. Даже начавшееся восстановление мочеиспускания не может служить поводом для отказа от неотложного оперативного вмешательства, так как увеличенные и отечные аденоматозные узлы в период острой задержки

мочеиспускания не только резко нарушают отток мочи из мочевого пузыря, но и значительно ухудшают уродинамику верхних мочевыводящих путей. Объем неотложной операции определяли с учетом причин и стадии ХПН, а также тяжести интеркуррентных заболеваний. При этом объективной основой являлась разработанная нами классификация степени риска неотложной аденомэктомии, включающая 20 наиболее информативных факторов.

Среди 452 больных аденомой предстательной железы, оперированных в клинике по неотложным показаниям в первые сутки с момента поступления, 259 (57,3%) выполнена чреспузырная аденомэктомия, 21 (4,7%) – ТУР аденоматозных узлов и 172 (38,0%) – эпицистостомия. Неотложную аденомэктомию выполняли по методу, разработанному в клинике, с глухим швом и орошением мочевого пузыря без обработки ложа аденомы. Летальность составила 1,5%. Небольшой процент трансуретральных резекций объясняется тем, что этот перспективный метод включен в структуру оказания неотложной помощи больным с острой задержкой мочеиспускания только в последние два года. Летальных исходов не было. Неотложная троакарная эпицистостомия выполнена 128 и операционная – 44 больным. Относительно высокая летальность (9,9%) связана с тяжелым контингентом оперированных, а также неадекватным дренированием мочевых путей, что не позволяло проводить эффективную терапию хронического пиелонефрита и ХПН.

Таким образом, полученные положительные результаты на большом клиническом материале позволяют считать разработанную тактику оказания неотложной хирургической помощи больным аденомой предстательной железы наиболее оптимальной и отвечающей современному уровню, что дает возможность рекомендовать ее в широкую практику.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Чемарин, Х.М. Тихане
Тарту

Аденома предстательной железы является одним из наиболее частых заболеваний у мужчин пожилого возраста. При профилак-

тических исследованиях у мужчин старше 60 лет аденома установлена у 10–25%, из них примерно в 20% случаев она требует хирургического лечения. В урологическом отделении Тартуской клинической больницы в течение последних 10 лет на лечении находилось в среднем 150 больных в год с диагнозом аденома предстательной железы, из них прооперировано около 80%. За последние 3 года было радикально прооперировано 247 больных с аденомой предстательной железы. Одномоментная аденомэктомия была произведена у 211 (85,4%) и двухмоментная – у 36 (14,6%) больных. Методом выбора под спинальной анестезией являлась трансвезикальная надлобковая аденомэктомия предстательной железы. В мочевом пузыре через рану вставляли трубку для постоянного промывания его без лигирования семенного протока. Трубку удаляли на 5–6 послеоперационный день. Двухмоментная аденомэктомия производилась тогда, когда общее состояние больного не позволяло выполнить одномоментную операцию. В этих случаях приходилось делать эпицистостомию и затем через 2–3 месяца – II этап операции.

У оперированных больных аденома предстательной железы I стадии имела место в 133 (53,8%), II стадии – в 71 (28,7%) и III стадии – 43 случаях (17,52%).

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 50 лет – 2 больных (0,8%); 51–60 лет – 23 (9,3%), 61–70 лет – 90 (36,4%); 71–80 лет – 118 (47,9%) и старше 80 лет – 14 больных (5,6%). Следовательно, основной контингент больных (84,3%) был в возрасте 61–80 лет.

Из оперированного контингента умерло 6 больных (2,4%): 2 – от тромбэмболии легочной артерии, 1 – от инфаркта миокарда, 1 – от острой сердечно-сосудистой недостаточности и 2 – от септической острой недостаточности почек.

Осложнения имели место в 30 случаях (12%). В 15 случаях (6%) наблюдалось замедленное зарастание свища мочевого пузыря. В 6 случаях (2,4%) отмечено позднее кровотечение из простатического ложа. В 4 случаях (1,6%) – острый орхоэпидидимит. В I случае – бронхопневмония; в I – септический шок; в I – мочеваля флегмона, в I – нагноение раны и в I – мочеволя свищ, который потребовал оперативного вмешательства.

Больные находились в больнице после операции в среднем

при одномоментной аденомэктомии — 20,35 и при двухмоментной — 23 дня.

Таким образом, оперативное лечение аденомы предстательной железы остается одной из основных задач урологического отделения. До настоящего времени радикально прооперировано слишком мало больных, поступающих в больницу с диагнозом аденома простаты с острой задержкой мочи, когда целесообразно оперировать в экстренном порядке.

ЭКСПРЕСС-МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ТРАНСУРЕТРАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, Б.К. Комяков,
Д.В. Долидзе, А.О. Иванов
Ленинград

Внедрение трансуретральной резекции позволило значительно расширить границы операбельности при заболеваниях предстательной железы и мочевого пузыря. Клинически неравнозначный контингент больных, подвергаемых ТУР, потребовал выбора оптимальной хирургической тактики в каждом конкретном случае. Обезболивание, длительность операции, объем и глубина резекции, одно- или многоэтапность вмешательства должны определяться с учетом индивидуальных особенностей организма, тяжести основного и сопутствующих заболеваний. Одним из основных критериев при этом является степень операционной кровопотери.

Среди многих способов, предложенных для определения кровопотери, колориметрический метод получил наибольшее распространение. Он особенно удобен во время ТУР при постоянном наличии промывной жидкости с кровью. Однако необходимость использования прозрачных промывных сред, наличие фотоэлектроколориметра, отградуированного для определения низких концентраций гемоглобина, умение работать с ним и пересчет кровопотери по формулам создавали трудоемкость метода. Поэтому с 1986 г. при ТУР мы применяем упрощенную и ускоренную модификацию метода. Она основана на составлении цветной шка-

лы-стандарта, состоящей из семи запаенных пробирок со стойкими растворами красных оттенков нарастающей интенсивности, которые спектрометрически идентифицированы цветам промывной жидкости с содержанием гемоглобина от 1 г/л до 40 г/л. В прилагаемой таблице для каждого цвета шкалы, в зависимости от гемоглобина крови больного, указан объем кровопотери в мл на литр промывной жидкости. Этим были сокращены основные этапы колориметрического метода: определение гемоглобина промывной жидкости на фотозлектроколориметре и пересчет его в объем кровопотери. Для определения кровопотери достаточно визуально сопоставить цвет исследуемой промывной жидкости с одним из цветов шкалы, так как в составленной таблице в зависимости от гемоглобина крови и ОЦК больного указана абсолютная и относительная кровопотеря. Исследование занимает не более 1-2 минут и позволяет контролировать кровопотерю как во время ТУР, так и в послеоперационном периоде при наличии постоянного орошения мочевого пузыря.

По данной методике кровопотеря определялась у 43 больных, 31 из которых ТУР выполнялась по поводу аденомы предстательной железы и 12 - по поводу рака мочевого пузыря. Средняя кровопотеря при ТУР по поводу аденомы предстательной железы составила $1,25 \pm 0,18\%$ к объему циркулирующей крови, а при раке мочевого пузыря - $2,83 \pm 0,31\%$ к ОЦК.

О ПЕРИНЕАЛЬНОЙ БИОПСИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПОМОЩИ ИГЛЫ ВЕЕНЕМА

Э.А. Ахсе, Х.М. Тихане
Тарту

При подозрении на рак предстательной железы и простатит неясного характера показана пункционная биопсия простаты. В течение последних лет в нашей клинике используется транс-перинеальная биопсия как более простой и асептический метод. Биопсия проводится под местной анестезией при помощи иглы Веенема, несколько более жесткой, чем другие иглы, шарико-

видный кончик которой хорошо прощупывается при проникновении в предстательную железу. Получаемый при этом кусочек ткани больше, чем при использовании других видов игл.

Таким образом биопсировано в 1982-1986 гг. 84 больных. Во время и после биопсии осложнений в виде кровотечения, гематурии, нагноения и т.д. не наблюдалось.

По гистологическим данным обнаружена следующая патоморфология: 32 случая рака предстательной железы (аденокарцинома различной степени дифференциации, 3 случая - мелкоклеточный рак и один случай - малодифференцированный инфильтративный рак), 22 случая аденомы простаты, 10 случаев хронического простатита; склероз предстательной железы - 8 случаев, в 6 случаях была получена ткань не из простаты и в 6 случаях явных признаков злокачественности не было.

На основе нашего опыта трансперинеальной биопсии предстательной железы при помощи иглы Веенема можно сказать, что применяемый способ технически прост, не требует особой подготовки больного (в основном биопсия проведена амбулаторно), а получаемый кусочек ткани достаточно велик для адекватного гистологического исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Э.О. Тондер, Х.Х. Тикко, Э.П. Ребане, А.А. Ильвес
Ш.А. Шубо, У.Р. Лепнер, А.И. Хельберг
Тарту

Несмотря на широкое распространение хирургических методов лечения вазоренальной гипертензии данный контингент больных представляет собой важную проблему в связи с тем, что основная масса их длительное время лечится безуспешно в различных терапевтических стационарах.

За период с 1976 по 1987 гг. в отделении сосудистой хирургии Тартуской клинической больницы по поводу вазоренальной гипертензии 90 больным было произведено 95 операций.

Основными этиологическими факторами поражения почечных

артерий являлись атеросклероз и неспецифический аорто-артериит.

Индикацией к операции служила выраженная и не поддающаяся консервативному лечению гипертензия, возникающая при наличии сужения почечных артерий. В дооперационный период для уточнения диагноза и определения функции почек были проведены общеклинические анализы, а также радиоизотопная ренография и сканирование почек, нефроангиография с урографией.

Выбор хирургического метода лечения зависел от локализации и протяженности поражения и состояния функций почек. При реконструкции почечной артерии в основном использовали аутовенозное шунтирование - 43 операции и трансаортальную эндартериэктомию из устья почечной артерии - 26 операций. Из других методов в 10 случаях использовали реимплантацию почечной артерии в аорту, а в 3 была произведена аутотрансплантация почки. У 13 пациентов в связи с наличием сморщенной почки произвели нефрэктомию.

При проведении трансаортальной эндартериэктомии чаще применялись торакофренолиомботомия, при других видах операций - срединная лапоротомия.

В 7 случаях реконструкцию почечной артерии произвели одновременно с реконструкцией аорто-подвздошных артерий, причем в одном случае в связи с двусторонним поражением почек и синдромом Лериш одномоментно были выполнены нефрэктомия, аутовенозное шунтирование противоположной почечной артерии и шунтирование биофуркации аорты аллопротезом. У 3 пациентов с поражением обеих почечных артерий операция проходила в два этапа.

Послеоперационная летальность составила 6,3%.

Хороший результат (нормализация или значительное снижение артериального давления) после операции нами получен у 81% прооперированных. В 19% случаев снижения артериального давления не произошло.

Для успешного хирургического лечения данного контингента необходимо раннее выявление больных и направление их в ангиохирургический стационар.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВОЙ ИНКОНТИНЕНЦИИ МОЧИ У ЖЕНЩИН

Х.М. Тихане, Н.Н. Пихелгас, Н.Н. Байков
Тарту, Кохтла-Ярве

Недержание мочи при напряжении – стресс-инконтиненция – является одним из наиболее частых заболеваний женщин различного возраста, преимущественно в возрасте 40–50 лет.

В основе его лежит анатомический дефект, возникновение которого обусловлено недостаточностью поддержки дна шейки мочевого пузыря и проксимальной части уретры.

Это заболевание лечат как консервативным, так и оперативным путем. Оперативное лечение является методом выбора, к нему прибегают только после выяснения этиологических и патологических факторов заболевания (травма при родах, патология гениталов и др.).

Из оперативных методов чаще всего применяют ретросимфезарную уретровезикопексию по Ширхова–Маршалла–Маркетти–Кранца и ее разные модификации.

В урологическом отделении Тартуской клинической больницы и в больнице скорой помощи Кохтла-Ярве за последние годы применяли одну из модификаций метода – вагинолигаментопексию, описанную Танагом (1977), Н.Н. Байковым и Х.М. Тихане (Урология и нефрология. – 1983. – № I. – С. 43).

Принципы операции заключаются в том, что передняя стенка влагалища обеих сторон уретры фиксируется двумя капроновыми лигатурами на паховую связку и таким путем достигается нужная ангуляция цервико-уретральной области.

Такая ретропубикальная уретральная подвеска способна сохранить определенную физиологическую стабильность цервико-уретрального сегмента без нарушения пассажа мочи.

Таким способом за последние годы прооперировано 51 больного. До операции были проведены курс консервативного лечения, цистоскопия, изотопная ренография, экскреторная уро-

графия и консультация с гинекологами по поводу анатомических изменений со стороны половых органов.

Результаты оперативного лечения (до 10 лет) следующие: очень хороший лечебный эффект достигнут у 19 больных, у 27 - хороший и у 5 - удовлетворительный, поскольку у них при более трудной работе или при напряжении проявилось частичное недержание мочи. У одной пациентки через 3 года проведена операция по методу лоскутной пластинки.

К сожалению, у нас отсутствует возможность исследования уродинамики современными способами в целях дифференциации разных форм инконтиненции мочи, требующих и различных методов лечения.

На основании имеющегося у нас опыта можно сказать, что применяемый способ - вагинолигаментопексия - технически прост, малотравмирующий; подвеска уретры - лишь двумя капроновыми лигатурами. Этого вполне достаточно для поддержки созданного ангуляционного уровня цервик-уретральной области до возникновения стойкого фиброза.

МЕЖЧАШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ УДВОЕНИИ ЛОХАНКИ

А.И. Радавичюс, Д.С. Бумблис, А.А. Тулаба
Каунас

До настоящего времени в литературе редко освещается удвоение чашечно-лоханочной системы без удвоения мочеточника (Исаков Ю.Ф., Ерохин А.П., 1978). Эта аномалия впервые включена в классификацию аномалий чашечно-лоханочной системы под названием "Удвоение лоханки" на 2-ом Всесоюзном съезде урологов (1979 г.). В практической работе с удвоением лоханки приходится встречаться сравнительно часто. Данная аномалия затрудняет выполнение резекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе. При проведении обычных пластических операций межчашечный выступ в лоханку зачастую оказывается большим, из-за него невозможна радикальная резекция лоханки и после нее затрудняется отток мочи из верх-

ней части удвоенной лоханки. Встречаются случаи, когда из-за затрудненного оттока мочи в верхнем сегменте удвоенной лоханки развивается гидрокаликоз или камни.

В случаях удвоенной лоханки при пластических операциях на лоханочно-мочеточниковом сегменте или при удалении камней мы выполняем межчашечный анастомоз. Чаще всего судить о необходимости такого анастомоза можно по рентгенограммам до операции, реже надобность его возникает во время операций, когда после резекции лоханки или без нее выявляется недостаточно широкое сообщение между верхней и нижней частями удвоенной лоханки.

Межчашечный анастомоз мы производим следующим образом. После открытия лоханки и удаления камня или после резекции лоханки изнутри межчашечный выступ разрезаем по продольной оси почки. По середине разреза, то есть по вершине межчашечного выступа, прошиваем кетгутом с обеих сторон надреза и вытягиваем его по поперечному направлению оси почки. Далее производится поперечное ушивание краев межчашечного разреза. Обычно применяем непрерывный эверсивный шов типа Шмидена, при котором внутри лоханки остается только один или два узла. Когда технически трудно выполнить ушивание эверсивным швом, пользуемся внутримоханочным швом. После межчашечного анастомоза проходимость для оттока мочи из верхней чашечки увеличивается и становится нормальной. Дальше продолжается пластика лоханки или ее ушивание.

Описанной методикой мы произвели межчашечный анастомоз 16 раз: 7 — при сужениях лоханочно-мочеточникового сегмента и пластики его и 9 раз — при камнях в верхней части удвоенной лоханки. Во всех случаях на контрольных рентгенограммах после операции отмечался широкий проход из верхней части удвоенной лоханки.

Мы полагаем, что при большом межчашечном выступе во время резекции лоханки и лоханочно-мочеточникового сегмента или при удалении почечных камней целесообразно произвести межчашечный анастомоз и устранить эту чашечно-лоханочную аномалию, в результате чего становится возможной радикальная резекция лоханки и обеспечивается хороший отток мочи из верхней части удвоенной лоханки.

О РАДИОНУКЛИДНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ С 85-СТРОНЦИЕМ

М.А. Кейс, С.Ю. Ваза, Х.М. Тихане, К.Э. Лаанету
Тарту

На базе отделений искусственной почки и радиоактивных изотопов Тартуской клинической больницы проводились комплексные клинические исследования обмена 85-стронция.

Установлено, что метаболизм стронция в организме во многом соответствует метаболизму кальция. Обладая высокой остеотропностью, 85-стронций после введения в организм быстро проникает в кости скелета, причем наблюдается повышенное накопление в зоне воспаления костной ткани, которое отражает интенсивность остеогенетического процесса, и малое накопление радионуклида в некротизированных участках.

С целью установления зоны повышенного накопления 85-стронция было введено пяти больным внутривенно - 2,5 МБк радионуклида и проведено ряд скеннирований костной системы.

Для изучения нарушения обмена кальция у 10 больных хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии было проведено динамическое исследование активности крови и мочи после введения 1,4 МБк 85-стронция. Эти больные находились на лечении многократным гемодиализом. При подсчете активности крови и мочи установлено, что в ходе гемодиализа происходила значительная резорбция 85-стронция из костной ткани и поступление радионуклида в кровь. В последующие 48 часов произошел обратный процесс включения в костную ткань.

Проведенные нами исследования являлись информативными, но не перспективными из-за длительного периода полураспада 85-стронция, жесткого гамма-излучения и больших лучевых нагрузок на кости и организм в целом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕПЛОВИДЕНИЯ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

М.А. Кейс, Х.М. Тихане, В.П. Данилович
Тарту

С января 1986 г. в отделении радиоактивных изотопов Тартуской клинической больницы успешно используется отечественный черно-белый тепловизор "ФАКЕЛ". Тепловидение (ТВ), являясь абсолютно безвредным для обследуемого и медицинского персонала, позволяет быстро оценить интенсивность инфракрасного излучения с поверхности тела человека.

В течение года зарегистрировано 216 теплограмм. Анализ проведенных обследований показал наибольшую информативность ТВ при расстройствах периферического кровообращения. У данных больных выявлена корреляция с клинической формой и стадией основного патологического процесса.

У 12 больных с подозрением на злокачественную опухоль почек на скеннограмме с ¹⁹⁷ртуть-промераном наблюдался дефект изображения различной величины, а на теплограмме наличие опухоли можно было утверждать только у 8 больных.

Из-за сравнительно глубокого расположения почек в брюшной полости диагноз пиелонефрита с помощью ТВ установить не удастся. Мало информативным оказались также исследования ТВ при остром цистите.

При проведении сравнительных 20 теплограмм аппаратом "ФАКЕЛ" и аппаратом шведской фирмы "АГА" (находится в Институте строительства АН ЭССР) мы установили, что чувствительность аппарата "АГА" выше чувствительности аппарата "ФАКЕЛ". Аппарат фирмы "АГА" дает возможность обнаружить незначительные изменения температуры, а также более точно выделить изотермические области.

Из проведенных нами исследований вытекает, что ТВ является вспомогательным методом в системе комплексного обследования больных. Настоящий аппарат "ФАКЕЛ" наиболее целесообраз-

разно использовать при исследовании больных с расстройствами периферического кровообращения. С получением более чувствительного прибора (типа "АГА") можно расширить исследования у больных различными урологическими заболеваниями.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОСНОВ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ В РАСЧЕТЕ РЕНОГРАФИЧЕСКИХ КРИВЫХ

Б.С. Гусев, Т.В. Обухова, В.М. Кузнецов
Москва

Многие физиологические процессы, изучаемые на основе транспорта радиоактивных индикаторов, могут быть описаны в виде линейной двухкамерной модели. При исследовании функций почек с помощью радиофармпрепаратов изменение количества индикатора в камере почки на основе структурной модели можно описать биекспоненциальной функцией. Тогда кривые "активность-время", полученные в результате радиоизотопной ренографии или динамической нефросцинтиграфии, после предварительной интерполяции и двойной экстраполяции можно представить восходящей и нисходящей экспонентами.

Исходные данные:

$T(\bar{I})$ - время измерения в \bar{I} -той точке (с);

$E(\bar{I})$ - активность, зарегистрированная в \bar{I} -той точке (имп);

G - вес пациента;

V - норма раздельного клиренса радиопрепарата на кг веса;

N - количество точек на участке кривой.

I. Нисходящая экспонента - процесс выведения радиопрепарата камеры почки:

$$Y(\bar{I}) = 1g[E(\bar{I})] \quad (1)$$

$$S_0 = \sum_{\bar{I}=1}^N T(\bar{I}); \quad S_1 = \sum_{\bar{I}=1}^N T(\bar{I})^2; \quad S_2 = \sum_{\bar{I}=1}^N Y(\bar{I}); \quad S_3 = \sum_{\bar{I}=1}^N Y(\bar{I}) \times T(\bar{I}) \quad (2)$$

$$R_1 = S_0/N; \quad R_2 = S_1/N; \quad R_3 = S_2/N; \quad R_4 = S_3/N \quad (3)$$

$$\bar{A} = (R_4 - R_1 \times R_3) / (R_2 - R_1^2) \quad (4)$$

$$\bar{B} = R_3 - \bar{A} \times R_1; \quad A_V = 10^{\bar{B}}. \quad (5)$$

II. Восходящая экспонента - процесс секреции (филтрации):

$$Y(\bar{t}) = 1g [1 - E(\bar{t}) / 10^{\bar{B}}]. \quad (6)$$

По формулам (2) и (3) определяем R_1' ; R_2' ; R_3' ; R_4' и рассчитываем

$$\bar{A}' = (R_4' - R_1' \times R_3') / [R_2 - (R_1')^2] \quad (7)$$

$$\bar{B}' = R_3' - \bar{A}' \times R_1' \quad (8)$$

$$T_2 = (-1 - \bar{B}') / \bar{A}'; \quad K_c = 10^{\bar{B}'} / T_2 \quad (9)$$

$H = G \times 0,17$ - объем жидкостного распределения радиондикатора в организме (0,17 для I^{131} гиппурана 0,07 - для Tc^{99m} -ДТРА) (10)

$$KL_D = K_C^D \times H \times \frac{A_V^D}{A_V^D + A_V^S}; \quad KL_S = K_C^S \times H \times \frac{A_V^S}{A_V^S + A_V^D} \quad (II)$$

K_C^D, K_C^S - константа секреции (филтрации) правой, левой почки.

A_V^D, A_V^S - максимальная активность над правой, левой почкой.

KL_D, KL_S - клиренс гиппурана (ДТРА) правой, левой почки.

Сравнительная оценка получаемых показателей с нормативными значениями позволяет определить дефицит очищения каждой почки (в %).

На основании данного алгоритма создан пакет прикладных программ обработки результатов радиоизотопной ренографии и динамической нефросцинтиграфии с тубуло- и гломерулотропными радиофармпрепаратами. Расчет ренографических кривых может производиться на специализированных компьютерах, персональных ЭВМ зарубежного и отечественного производства, а также вручную с использованием обычного калькулятора и масштабной полулогарифмической бумаги.

ТОК НАДТОНАЛЬНОЙ ЧАСТОТЫ И ГАНГЛЕРОН-ЭЛЕКТРОФОРЕЗ СИНУСОИДАЛЬНЫМИ МОДУЛИРОВАННЫМИ ТОКАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА

М. А. Солом
Тарту

Хронический цистит трудно поддается лечению. Кратковременный эффект лечения вынуждает проводить длительные и повторные курсы медикаментозной и физиотерапии.

В Тартуской клинической больнице с 1982 г. при лечении хронического цистита применяется новый метод – ток надтональной частоты, который кроме противовоспалительного действия оказывает направленное воздействие на пояснично-крестцовую сегментарную зону. Под действием тока надтональной частоты нормализуется функциональное состояние мочевого пузыря, предохраняется ретроградное инфицирование почек.

В последнее время при наличии хронического цистита с гиперрефлексией и гипертонусом детрузора применяем лечение током надтональной частоты в комплексе ганглерон-электрофорезом синусоидальными модулированными токами (СМТ). По данным Н.И. Нестерова, СМТ способствует увеличению емкости мочевого пузыря за счет снижения гиперрефлексии и гипертонуса детрузора. Под наблюдением находилось 32 больных хроническим циститом в возрасте 23–65 лет с давностью заболевания от 6 месяцев до 10 лет.

Методика лечения

Ток надтональной частоты (аппарат Ультратон ТНЧ-10) У-УП интенсивности продолжительностью 15 минут проводили больным ежедневно трансректально.

Сразу после лечения им применялся ганглерон-электрофорез СМТ (аппарат Амплипульс - 4) на область мочевого пузыря.

Положительный электрод размером 9 x 12 см с прокладкой, смоченной разведением в 20 мл дистиллированной воды 2,0 мл 1,5%-ным раствором ганглерона, располагали на область крестца, отрицательный электрод таких же размеров - на надлобковую область. Режим выпрямленный, III, IV род работы, длительность посылки-паузы - 2-3 с, частота модуляции - 70 Гц, глубина модуляции - 50-75%, сила тока - 10-25 мА, продолжительность процедуры - 10 мин (по 5 мин каждый род работы).

В курс лечения входит 10-15 процедур.

После 3-5 процедур боли уменьшались, а после курса лечения у 25 больных они прекратились, у 7 остались уменьшенными. У всех больных возрастала емкость мочевого пузыря при позыве на мочеиспускание. Нормализовался анализ мочи.

Таким образом, результаты лечения током надтональной частоты в комплексе ганглерон-электрофорезом СМТ позволяют рекомендовать оба физических фактора при лечении хронического цистита с признаками гиперрефлексии и гипертонуса детрузора.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ИГЛОКАЛЫВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОСТАТИТА

М. Аудова
Тарту

При лечении простатита можно дополнительно применять метод иглсукальвания.

По принципам древнекитайского искусства циркуляция жизненной энергии по меридианам должна находиться в гармонии. Нарушение равновесия энергетического состояния меридианов, избыток или недостаток, ведет к болезням.

Причиной простатита в древневосточном понимании является недостаток жизненной энергии меридиана мочевого пузыря. Недостаток энергии вызывает накопление тепла и жидкостей в нижней части живота.

Целью лечения является:

1. Прибавление жизненной энергии мочевого пузыря.

2. Улучшение свойств жидкостей, ускорение их вывода из нижней части живота.
3. Вывод тепла из нижней части живота.

Иглоукальвание в современном понимании предназначено с целью:

1. Уменьшить боли.
2. Облегчить мочеиспускание.
3. Улучшить кровоснабжение, т.е. противовоспалительное действие.
4. Общее седативное действие.
5. Повысить общий тонус больного.

Усиление жизненной энергии меридиана мочевого пузыря можно произвести через укальвание следующих точек

V 23 V 28 V 32 I 3 I 4 RP 6 P 8.

Стимуляция 6 ускоряет течение и вывод жидкостей из нижней части живота. P 8 улучшает свойства крови и охлаждает ее. V 32 выводит тепло из нижней части живота.

Иглоукальвание способствует быстрому устранению спастических состояний и ликвидации боли.

Болеутоляющими и способствующими мочеиспусканию являются точки переднего срединного меридиана I₂ I₃ I₄ I₆, а также RP₆ RP₉ V₆₇. Кроме этого еще и P₇ T₂ V₂₈ V₃₄.

При подборе точек руководствуются принципом сегментарной иннервации, когда используются преимущественно точки в метамерах (иннервация предстательной железы D₁₀ D₁₁, S₁ S₂). Через паравертебральные точки канала мочевого пузыря можно улучшить кровоснабжение - V₂₅ V₂₆ V₂₈ V₃₀. Эти точки можно нагревать сигарой - метод мокса. В некоторых источниках рекомендуют нагревать нижние точки V₃₁ V₃₂ V₃₃ V₃₄.

При гипертрофии предстательной железы используют точки I₂ I₆, V₂₈ V₃₄ T₂ RP₆ P₆.

Из точек ушной раковины можно рекомендовать I₃ (точка надпочечника), 80 (т. мочеиспускательного канала), 92 (т. мочевого пузыря), 93 (т. предстательной железы), 95 (т. почек), 22 (т. внутренней секреции) и 29 (т. затылка).

Для точечного массажа применяются точки V₁₈ V₂₃ V₂₈ V₃₃ I₃ I₄ I₉ E₂₈ R₃ R₁₆.

В схему лечения нужно включить и седативные, и общеукрепляющие точки - С₆ С₇ G₁₄ G₁₉ E₃₆.

В последние годы в нашем кабинете лечилось 15 больных с хроническим простатитом. Основными жалобами у них были боли и чувство тяжести в нижней части живота, нарушение сна и общая нервозность. Через 2-4 недели после курса лечения самочувствие больных улучшалось, боли уменьшались, повышался общий тонус и работоспособность.

При научном использовании метода иглокальвания достигается облегчение страданий больного. Состояние его никогда не усугубляется.

СУБАРАХНОИДАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ УРОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

М.Э. Вюрст
Тарту

В Тартуской клинической больнице с 1973 года применяется перидуральная и субарахноидальная анестезия. Эффективное прерывание болевой и ноцицептивной импульсаций, отсутствие токсичности, техническая простота и быстрота проведения - положительные качества, делающие субарахноидальную анестезию ценным дополнением арсенала анестезиолога, особенно для пациентов пожилого и старческого возраста. Перидуральная анестезия, вследствие большей трудоемкости, применяется реже. К настоящему времени мы располагаем опытом 2525 субарахноидальных анестезий; 67% из них составляют анестезии при урологических операциях - трансвезикальная простатэктомия, резекция и прочие операции на мочевом пузыре.

Техника обезболивания заключается, как правило, во внутримышечной премедикации промедолом и эфедринном (25 мг), иногда с добавлением димедрола или транквилизаторов. Пункция субарахноидального пространства проводится в промежутке L_{III} - L_{IV}, реже L_I - L_{II} иглой для лямбальной пункции, чаще в сидячем положении больного с предварительным наложением

внутривенной инфузии. В качестве анестетика применяется 2%-ный тримекаин или новокаин в среднем количестве 5 (2-7 мл), реже - 0,8-1,0 мл 1%-ного совкаина. После пункции больной укладывается горизонтально.

Признаками наступления обезболивания являются: чувство тепла в нижних конечностях, двигательный паралич и потеря болевой чувствительности, верхний уровень которой как правило достигает уровня $T_{\bar{L}} - T_{\bar{L}}$. Среднее время наступления анестезии равняется 5-10 мин. Продолжительность операций, проведенных под субарахноидальным обезболиванием, в 76% случаев составляла до 1 часа, в 15,8% была в пределах от 1 до 2 часов, однако у остальных удалось обеспечить и более продолжительное обезболивание. В 12,3% случаев из-за затягивания операций и недостаточного обезболивания пришлось прибегнуть к применению общей анестезии. В некоторых случаях, видимо, не дождалась наступления анестезии, и само общее обезболивание было настолько поверхностным, что без субарахноидального блока не обеспечило бы условий для проведения операции. Об этом свидетельствуют также редкие случаи, когда была необходима интубация трахеи (1,5%).

Среди осложнений чаще наблюдается кратковременное падение АД ниже 100 мм рт.ст. - 17,8%. В такой ситуации мы применяем лечебный комплекс, состоящий из дополнительного введения эфедрина (реже мезатона), ускорения темпа инфузии или трансфузии крови, подачи O_2 . В одном случае при проведении анестезии нечаянно возникло чрезмерное повышение ее уровня с парезом межреберных мышц, необходимостью интубации и проведения ИВЛ в течение 3 часов, до восстановления мышечного тонуса.

В послеоперационный период серьезных осложнений не наблюдалось. После анестезии в течение 24 часов больным запрещено вставать. Типичные для субарахноидальной анестезии субъективные осложнения - головная боль, тошнота, рвота - в большинстве случаев оставались на субклиническом уровне. Только у одного больного на протяжении одной недели наблюдались сильные головные боли, требующие лечения. У одного больного в послеоперационном периоде появились жалобы поясничного радикулита, что неврологи связывали с субарахноидальным обезболиванием.

дальней анестезией.

В основном послеоперационный период после субарахноидальной анестезии в большинстве случаев протекал более благоприятно, чем после общего эндотрахеального обезболивания. Мы считаем субарахноидальную анестезию выборочным методом при трансвезикальных простатэктомиях. Ее достоинства при таких операциях — нет повышения венозного давления; связанного с ним усиления кровотечения из венозных сплетений, полностью отсутствует вторжение в функции дыхательной системы.

Применение субарахноидальной анестезии способствовало улучшению результатов герниатрической хирургии в урологии. В нашей клинике послеоперационная смертность при трансвезикальных простатэктомиях за последние годы составляла 1,9%, в том числе лишь в одном случае из-за пневмонии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЕКСА У ДЕТЕЙ

В.М. Державин, Е.Л. Вишневский,
И.В. Казанская, С.Д. Брук
Москва

Несмотря на достигнутые за последние годы успехи в проблеме диагностики и лечения ПМР спорными остаются еще вопросы длительности консервативной терапии, показаний к оперативному лечению. Тактики лечения ПМР во многом субъективна и зависит от опыта врача.

Разработанный нами метод газовой профилометрии УВС позволяет выявить характер нарушения антирефлексного механизма в каждом конкретном случае и дифференцированно подойти к лечению ПМР. Профилометрия УВС представляет собой графическую регистрацию изменений давления на всем протяжении этого сегмента и оценивается по двум показателям: функциональной длине УВС и градиенту давления.

Этот метод применен у 72 детей в возрасте 3-14 лет, из них у 62 детей с ПМР в 91 мочеточник (I-II ст. — 27, III ст.

5I, IV-V ст. - 13). У 10 детей рефлекс не диагностирован.

У 10 детей контрольной группы (16 мочеточников без ПМР) длина УВС находилась в пределах 1,9-2,5 в опорожненном и 2,0-2,6 см в наполненном мочевом пузыре. При этом градиент давления был соответственно равен $41,2 \pm 3,6$ (34,3-50,0) и $42,3 \pm 3,6$ (34,3-50,0) см H₂O.

У больных с ПМР установлено 3 варианта нарушения замыкательной функции УВС. Ведущее значение во всех вариантах имеет экстравезикализация внутрипузырного отдела мочеточника; при первом варианте она относительная и выявляется преимущественно в опорожненном мочевом пузыре, при втором - динамическая, развивающаяся при наполнении мочевого пузыря, при третьем варианте экстравезикализация фиксированная и присутствует постоянно.

Экстравезикализация внутрипузырного отдела мочеточника диагностируется при функциональной длине УВС ниже 1,9 см. Эта длина была определена нами как "критическая", т.е. при дальнейшем укорочении УВС происходило резкое снижение градиента давления с нарушением замыкательной функции.

Выделены 3 степени нарушения замыкательной функции УВС, отличающиеся друг от друга функциональной длиной и градиентом давления. Наиболее тяжелые нарушения II и III степени соответствовали функциональной длине, равной и ниже "критической".

Степень нарушения замыкательной функции УВС не всегда совпадала со степенью ПМР по данным цистографии: при ПМР II ст. можно было видеть тяжелые нарушения антирефлюксного механизма III ст., и в то же время при ПМР III ст. наблюдалась относительная недостаточность II ст.

Профилометрия УВС позволила принципиально по-новому подойти к лечению ПМР. При наличии динамических нарушений функции УВС (I, II вариант) I и II степени проводилось консервативное лечение ПМР, включающее метод прямой электростимуляции УВС. Получена положительная динамика (ПМР прошел или уменьшился) в 64,2%. При III ст. нарушения замыкательной функции при II и III варианте экстравезикализации консервативное лечение неэффективно и показана операция.

Патогенетически обоснованной операцией, устраняющей экс-

травезикализацию внутрипузырного отдела мочеточника, является реимплантация мочеточника в поперечном направлении (по Коену).

Таким образом, включение в комплекс обследования больных с ПМР исследования функции УВС методом газовой профилометрии позволяет дифференцированно подойти к лечению ПМР, сократить сроки и повысить качество лечения.

РАДИОИЗОТОПНАЯ РЕНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

К.Варик, М.Кейс, У.Рейно
Тарту

С целью оценки функциональной деятельности почек и мочевых путей у больных с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) проведена радиоизотопная ренография (РР). Принцип метода РР с применением тубулотропного соединения основан на исследовании процесса активной канальцевой секреции почками меченого препарата и выведения его по верхним мочевым путям. Методика исследования заключалась во внутривенном введении гиппурана - I^{131} и непрерывной регистрации радиоциркулятографом уровня радиоактивности над почками в течение 15-20 мин.

Радиоизотопная ренография проведена у 47 больных с разными формами ПМР (68 мочеточников). Отметим, что по виду ренограммы не всегда можно установить имеющиеся функциональные нарушения в почках, поэтому изучение результатов ренографии проводилось с обязательным использованием цифровых данных, полученных при обработке результатов обследования, позволяющих более детально установить изменения на ренограммах. В большинстве случаев у детей с ПМР, независимо от формы рефлюкса, наблюдаются нарушения канальцевой секреции почек и скорости выведения радиоизотопного препарата. Самый низкий уровень почечного клиренса гиппурана I^{131} отмечен у детей с комбинированными формами рефлюкса - в среднем 4,31

мл/мин, при норме $8,5 \pm 0,6$ мл/мин (на кг веса), Скорость выведения радиоизотопного вещества из почек - $0,04 \text{ мин}^{-1}$, при норме $0,1 \pm 0,05 \text{ мин}^{-1}$. В зависимости от степени нарушения мы выделили 2 группы - умеренные (до 30%) и значительные (более 30%) снижения клиренса гиппурана ^{131}I . Снижение интенсивности канальцевой секреции почек отмечено в 77,94% случаев, в 57,36% случаев установлено снижение скорости выведения гиппурана из почки.

Сравнение данных РР с определением индекса паренхимы почки (ИП) на основании экскреторных урограмм показало, что умеренное снижение канальцевой секреции в большинстве случаев соответствует легкой степени снижения ИП, а значительное снижение канальцевой функции - средней-тяжелой степени поражения почки. Сравнение времени эвакуации контрастного вещества со скоростью выведения гиппурана ($K_{\text{выв}}$) выявило, что результаты их сопоставимы. При нормальной эвакуации контрастного вещества из мочеточника скорость выведения гиппурана находилась в пределах нормы. При нарушенной эвакуации $K_{\text{выв}}$ замедлялась до $0,004 \text{ мин}^{-1}$. В тех случаях, когда эвакуация контрастного вещества продолжалась более 3 мин, скорость выведения достигала $0,003 \text{ мин}^{-1}$, или же отмечался обструктивный тип радиоизотопной кривой.

Приведенный анализ свидетельствует о том, что объективные количественные показатели, полученные при радиологическом и рентгенологическом обследовании больных, одинаково отражают степень поражения почек и нарушения уродинамики верхних мочевых путей. Использование рентгенологических методов исследования ограничено из-за лучевой нагрузки, поэтому радиоизотопную ренографию можно использовать при повторных обследованиях, связанных с оценкой состояния почек в динамике, а также с целью выяснения уродинамики верхних мочевых путей.

**РАДИОИЗОТОПНАЯ УРОФЛОУМЕТРИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ
УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ
С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЕКСОМ**

**К.Варик, М.Кейс, У.Рейно
Тарту**

С целью изучения уродинамики нижних мочевых путей у 40 больных с различными формами пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) проведена радиоизотопная урофлоуметрия. Принцип метода основан на исследовании процесса опорожнения мочевого пузыря от радиоизотопного соединения, растворенного в моче. Методика исследования заключается в том, что после проведения радиоизотопной ренографии, при достижении естественного позыва к мочеиспусканию, один из датчиков радиоциркулографа устанавливается над мочевым пузырем, и ребенок мочится в мерную посуду. На основании регистрируемой в процессе исследования кривой определяют время мочеиспускания, максимальную и среднюю скорости мочеиспускания, а также количество остаточной мочи.

Замедление процесса выведения мочи из мочевого пузыря выявлено у 30 больных. У них отмечено уменьшение эффективной емкости мочевого пузыря (до 38 мл), замедление средней (до 5,38 мл/с) и одновременное замедление максимальной (до 9,40 мл/с) скоростей мочеиспускания. Во многих случаях у этих больных наблюдалась остаточная моча (от 6,92 до 83 мл), причем при динамической цистографии у большинства этого не было отмечено. Хотя после эвакуации контрастного вещества из мочеточника создается ложное впечатление о наличии остаточной мочи.

Данные радиоизотопной урофлоуметрии у этих больных совпадают с результатами определения ритма спонтанных мочеиспусканий и указывают на наличие дисфункции деятельности мочевого пузыря гиперрефлекторного типа. Наличие ПМР у этих

больных свидетельствует об определенной роли неврогенных дисфункций в генезе ПМР. При выведении мочи из мочевого пузыря у 9 больных патологии не обнаружено; отмечен нормальный ритм спонтанного мочеиспускания.

У I обследованного выявлена тяжелые нарушения выведения мочи из мочевого пузыря, которые заключались в значительном замедлении времени мочеиспускания - 46 с, при замедлении средней (3,23 мл/с) и максимальной (4,7 мл/с) скоростей мочеиспускания. Определяя ритм спонтанных мочеиспусканий при эффективной емкости пузыря 450 мл и остаточной мочи 120 мл, выяснилось, что мочеотделение происходит 2 раза в течение суток и эффективная емкость мочевого пузыря достигает 550 мл. В этом случае мы имели дело с гипорефлекторным мочевым пузырем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛКСОМ

У. Рейно, К. Варик
Тарту

Структурно-функциональное поражение почек у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом (ПМР) вызвано повышенным давлением в собирательной системе почек вследствие рефлюкса и воспалительного процесса, причина чего заключается в регургитации инфицированной мочи из мочевого пузыря. В качестве основного метода исследования функции и анатомического строения почек и мочевыводящих путей применяется экскреторная (инфузионная) урография. Однако в большинстве случаев только одной визуальной оценки урограмм недостаточно для установления отклонений от нормальной величины и определения степени поражения паренхимы почки. В целях увеличения информативности экскреторной урографии нами разработан и внедрен в практику показатель, характеризующий степень поражения паренхимы почки как основного элемента, от которого зависит функциональная способность органа. Основой данного



способа является то положение, что у детей складываются определенные взаимоотношения между величиной почек и поясничного отдела позвоночника, и в дальнейшем имеют место адекватные темпы их роста (Босин В.Д., 1978). За количественный показатель принимают среднюю толщину паренхимы на экскреторных урограммах и сравнивают с костным эталоном - шириной IV поясничного позвонка. Путем статистической обработки данных, полученных при вычислении указанного соотношения по 180 нормальным экскреторным урограммам у детей разного возраста, доказано, что показатель, названный нами индексом паренхимы почки (ИП), стабилен и составляет $0,60 \pm 0,02$. Клинические испытания способа показали, что определение ИП у больных и сравнение его с эталонным индексом дает возможность оценить степень поражения почечной паренхимы и охарактеризовать ее количественным показателем. Определение ИМ позволяет диагностировать структурные изменения в почках на ранних этапах заболевания - в случаях, когда при визуальной оценке урограмм их обнаружить еще не удастся.

ИП был определен у 178 больных с ПМР в возрасте от 3 до 15 лет (256 почек). Поражение паренхимы почек при ПМР наблюдалось в 54,3% случаев. Проведенный анализ и расчет полученных данных, в зависимости от изменений в почках, позволили выделить три степени поражения почек: легкая (32,03%) - ИП снижен до 0,50; средняя (II, 72%) - ИП снижен до 0,40 и тяжелая - ИП ниже 0,40 (10,55%). Изучение поражения почек в зависимости от форм ПМР показало, что при пассивном рефлюксировании (58 почек) поражение паренхимы отсутствовало в 23 (39,65%), легкая степень установлена в 32 (55,17%) и средняя и тяжелая - в 3 почках (5,18%). При активных формах ПМР (33 почки) патологических изменений не имелось в 8 почках (24,42%), легкая степень поражения отмечена в 18 (54,54%), средняя - в 6 и тяжелая - только в I почке (21,04%). При комбинированных формах рефлюксов (176 почек) изменения отсутствовали в 86 почках (48,86%), легкая степень поражения установлена в 32 (18,18%), средняя - в 32 и тяжелая - в 25 почках (32,96%).

Приведенные данные показывают, что средняя и тяжелая степени поражения паренхимы почки в большинстве случаев

(82,5%) наблюдаются у больных с комбинированными формами рефлюкса. При пассивных и активных формах преобладающими являются легкие формы изменения. Раннее поражение паренхимы и быстрое развитие процесса у больных с комбинированными формами ПМР требуют своевременного выявления таких больных и определения патогенетически обоснованной тактики лечения. Неэффективность консервативного лечения является показанием к применению оперативного метода лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

И.К. Градаускас, Д.Р. Иванаускене, Г.А. Долженко,
К.А. Грицюс, И.И. Красаускас, А.С. Пузинас
Вильнюс

В последние годы в литературе среди общеизвестных методов выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) у детей появились сообщения о возможностях ультразвуковой диагностики ПМР методом эхоскопии по серой шкале. Основным преимуществом данного метода авторы считают его неинвазивность, безопасность для больного и обследуемого органа, достаточную информативность.

С 1986 г. в урологическом отделении Республиканской детской клинической больницы проводится ультразвуковая (УЗ) диагностика ПМР у детей. В работе использовали УЗ томографы реального масштаба времени хинейного и секторного сканирования моделей LS - 2700 и LSC - 7000 (фирма "Picker International") с рабочей частотой датчиков 3,5-5 МГц.

В 1986 г. в клинике по поводу ПМР лечилось 139 больных. Рефлюкс II-III^o рентгенологически выявлен у 106 (76,3%) чел. У всех этих больных дополнительно выполнялась микционная цистограмма под ультразвуковым контролем. Ультразвуковой визуализации подвергалась почка при наполненном мочевом пузыре и в момент мочеиспускания, а также верхний и нижний отделы мочеточника. Определялось количество остаточной мочи после

мочеиспускания. ПМР III⁰ во всех случаях (52 больных) достаточно четко визуализирован на эхограммах, рефлюкс II⁰ (54 больных) подтвержден эхоскопически у 87% больных.

Точность полученных нами результатов ультразвуковой диагностики ПМР у детей несколько ниже, чем по данным литературы, где процент выявления ПМР II⁰ достигает 95%. Это, очевидно, связано с тем, что в период освоения метода отсутствовал достаточный опыт. Тем не менее, при наличии соответствующей аппаратуры преимущество метода, на наш взгляд, очевидно, а при накоплении достаточного опыта в его применении он может заменить нагрузочное рентгенологическое обследование больного.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА У ДЕТЕЙ

Я.К. Гауенс, Я.Ж. Добелис, Э.К. Платкаис
Рига

За последние годы число детей, поступающих в клинику по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), заметно увеличилось. С 1970 по 1975 гг. был госпитализирован 71 ребенок, с 1975 по 1980 гг. - 156 детей, а за последние 5 лет - уже 205 детей.

Этиология пузырно-мочеточникового рефлюкса полиморфна. Однако в патогенезе ПМР роль играют структурные нагрузки дистального отдела мочеточника.

При этом нами доказано, что тяжесть рефлюкса находится в прямой зависимости от выраженности структурных изменений пузырно-мочеточникового сегмента.

Лечение ПМР зависит от характера аномалий, анатомо-функционального состояния почки, степени поражения мочеточника, возраста ребенка и одно- или двусторонности поражения. Консервативное лечение привело к исчезновению ПМР у всех больных с I степенью, у 70% при II степени, у 23% при III и в 3% случаев при IV и V степенях ПМР.

Следует отметить, что для правильного выбора метода ле-

чения при аномалиях ПМР у детей недостаточно знать лишь характер патологического процесса и его распространенность. До оперативного вмешательства необходимо изучить функциональную способность почек и определить степень поражения всего мочеточника.

Опыт 263 антирефлюксных операций показал, что число послеоперационных осложнений и "неудач" зависит в основном от трех факторов: 1) правильного отбора больных к операции, 2) правильного выбора методики операции, 3) диспансеризации больных с целью своевременного выявления послеоперационных осложнений.

Наилучшие результаты хирургического лечения нами получены при уретерovesикопластике по методике Полетано-Леадбетера в нашей модификации с резекцией терминального отдела мочеточника.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ПРИ УДВОЕНИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

П.К. Яцък, В.П. Майоров
Москва

Многообразие форм нарушения уродинамики при удвоении верхних мочевых путей диктует необходимость индивидуального подхода к выбору способа хирургической коррекции. Эффективность оперативного лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) при удвоении верхних мочевых путей зависит от адекватности метода операции индивидуальным особенностям порока развития мочеточников. В последние годы для выбора метода органосохраняющей операции при лечении ПМР в удвоенные мочеточники мы руководствуемся следующей схемой.

I. При наличии ПМР в один из удвоенных мочеточников:

- а) антирефлюксная операция на одном мочеточнике, имеющем рефлюкс;
- б) антирефлюксная операция "единым блоком" - выполняется

при невозможности разделения удвоенных мочеточников в предпузырном отделе;

в) в тех случаях, когда операция "единым блоком" создает угрозу развития обструкции рудиментарного мочеточника верхнего сегмента, показано выполнение межколлекторного анастомоза с одномоментной антирефлюксной защитой мочеточника нижнего сегмента. Среди анастомозов наиболее эффективным мы считаем высокий межмочеточниковый анастомоз по типу конец в бок под углом 20–30°.

2. При наличии ПМР в оба удвоенных мочеточника:

- а) антирефлюксная операция "единым блоком";
- б) межколлекторный анастомоз с одномоментной антирефлюксной защитой мочеточника нижнего сегмента.

3. При наличии ПМР в общий ствол расщепленного мочеточника:

а) антирефлюксная операция на общей ветви расщепленного мочеточника;

б) локализация уровня слияния мочеточников в общий ствол в непосредственной близости от стенки мочевого пузыря или интрамурально определяет показания к резекции короткого общего ствола, переводу неполного удвоения в полное и выполнению антирефлюксной операции "единым блоком". Это предупреждает развитие обструкции зоны слияния.

4. При сочетании ПМР в общий ствол расщепленного мочеточника с ипсилатеральным межмочеточниковым рефлюксом.

В этих случаях единственно оправданным является высокий уретеро-уретеро анастомоз под углом 20–30° с одномоментной антирефлюксной операцией на общей ветви расщепленного мочеточника. При необходимости общая ветвь и зона анастомоза расширяются расщепленным У-образным катетером.

5. При сочетании ПМР в мочеточник нижнего сегмента с уретероцеле мочеточника верхнего сегмента.

В последние годы на пузырном этапе комплексной коррекции такого порока мы выполняем разработанную нами операцию. Производим селективную резекцию стенок уретероцеле (УЦ) с выкраиванием лоскута из стенки кисты с проходящим в его толще мочеточником нижнего сегмента и антирефлюксную защиту осуществляем путем перемещения устья мочеточника сохраняемо-

го сегмента в проекцию треугольника Льюто на выкроенном из стенки УЦ лоскуте. При этом не производится резекция мочеточника нижнего сегмента, дополнительная перфорация стенки мочевого пузыря с целью неоимплантации и отслойка слизистой мочевого пузыря для создания подслизистого туннеля.

По описанному способу оперировано 15 больных. При обследовании в сроки от 6 месяцев до 4 лет после операции у одного больного сохраняется ПМР в нижний сегмент почки, но степень его уменьшилась с III до I по международной классификации; у остальных больных рефлюкс не выявлен, нарушений уродинамики в сохраненных мочеточниках нет, достигнута стойкая клиничко-лабораторная ремиссия хронического пиелонефрита.

В целом по нашим наблюдениям индивидуальный подход к хирургическому лечению ПМР в удвоенные мочеточники с применением разработанной схемы выбора органосохраняющей операции позволил добиться хороших результатов у 89,2% и удовлетворительных - у 10,8% больных.

ЭХОСКОПИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ВОССТАНОВЛЕНИЯ МОРФОЛОГИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЕКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

И.К. Градаускас, Д.Р. Иванаускене, К.А. Грицюс,
Г.А. Долженко, И.И. Красаускас, А.С. Пузинас
Вильнюс

Лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) остается одной из актуальнейших проблем детской урологии. Для его коррекции предложен целый ряд операций. В нашей республике наибольшее распространение получили операции методом Политано-Летбетера, Козна, Гил-Верне, экстравезикальная пересадка мочеточников. Выбор метода операции зависит в первую очередь от степени ПМР и его причины.

В урологическом отделении Республиканской детской клинической больницы наибольшей популярностью пользуется экстравезикальная пересадка мочеточника. Ликвидация ПМР оперативным путем не всегда исключает возможность развития пиелонефрита и цистита или реинфекции. Не исключена также вероят-

ность продолжающегося нефросклероза, причем вышеупомянутые патологические процессы тесно связаны с восстановлением уродинамики пересаженного мочеточника, что в свою очередь зависит от надежности проходимости вновь сформированного соустья.

С 1985 г. в комплексе методов послеоперационного контроля, состояния почек нами применяется эхоскопия.

В период 1985–1986 гг. в урологическом отделении Республиканской детской клинической больницы выполнено 48 операций экстравезикальной пересадки мочеточников по поводу ПМР III⁰ (28 больных) и по поводу IV⁰ (14 больных). По поводу ПМР II⁰ оперировано 6 больных с явлениями развивающегося нефросклероза. 13 больным с двусторонним ПМР проведены операции коррекции ПМР по Гил–Верне.

У 42 больных в послеоперационном периоде по поводу ПМР III–IV⁰ методом ультразвукового контроля обнаружен достаточно выраженный уретерогидронефроз, явления которого полностью исчезали только через 2–3 месяца. Это, по-видимому, связано с развивающимся отеком тканей на месте вновь сформированного пузырно-мочеточникового соустья. У 6 больных с явлениями нефросклероза до операции и у 13 больных, оперированных по методу Гил–Верне, в послеоперационном периоде явлений гидронефроза не наблюдалось. Считаем, что это связано в первом случае с рубцовыми изменениями в почке и меньшей степенью дилатации мочеточника, а во втором – с меньшей травматизацией тканей во время операции.

Ультразвуковой контроль проводили на 10-ые сутки после операции и через 1–3–6 месяцев.

Таким образом, проведенные ультразвуковые исследования восстановления уродинамики мочевых путей и связанные с этим морфологические изменения в почке и мочеточниках показали, что метод эхоскопического контроля является безвредным и неинвазивным, может быть использован в комплексной диагностике оценки послеоперационной динамики процесса восстановления и эффективности терапии коррекции ПМР у детей, что в свою очередь определяет объем медикаментозного, физиотерапевтического долечивания больного.

ТЕРМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Г.А. Долженко, И.К. Градаускас, Б.Ю. Сярусайтис
Вильнюс

В патогенезе заболеваний органов мошонки у детей немаловажное место занимают острые и хронические расстройства регионарного кровообращения пораженной гемискротум. Задействованные при этом определенные объемы кровотока изменяют температурный режим пораженных органов и зоны их расположения, что может быть зарегистрировано методом контактной термометрии и визуализировано в виде цветной картины — термограммы — и, таким образом, способствовать диагностике характера самого поражения органа.

Контактная термометрия медицинским электротермометром ТПЭМ-1, контактная термография жидкими кристаллами термоиндикаторными пленками измерения и визуализации термограмм в пределах температуры от 31°C до 36°C Сибирского отделения АН СССР проведена нами у 96 здоровых мальчиков с нормально расположенными яичками и 24 больных в возрасте 6–14 лет с односторонним поражением органов мошонки. Для выявления "нормальных" температурных градиентов мошонки у 96 здоровых мальчиков в возрасте 5–15 лет нами измерялась температура поверхности мошонки в 4-х квадратах по передней поверхности слева и справа над верхним и нижним полюсами нормально расположенных яичек. Полученные данные свидетельствуют о достаточно широких колебаниях "нормальной" температуры поверхности мошонки у детей, однако во всех случаях выявляется определенная закономерность — левая половина мошонки "теплее" правой (верхний горизонтальный градиент — до $0,48^{\circ}\text{C}$, нижний горизонтальный — до $0,52^{\circ}\text{C}$), а верхний полюс яичка "теплее" нижнего (правый вертикальный градиент — до $0,12^{\circ}\text{C}$, левый вертикальный — до $0,06^{\circ}\text{C}$).

Контактная пластинчатая термограмма "нормальной" мошонки

у детей бывает симметричной, монохроматической, а температура ее поверхности составляет 32,0–33,5°C. При этом разница температур левой и правой половин не превышает 0,5°C. При односторонних поражениях органов мошонки градиент температуры между патологически измененной и контралатеральной стороной достигает 2,5°C. Повышенное теплообразование в очагах воспаления, ограниченное анатомическим расположением органа или структуры при остром эпидидимите и эпидидимиорхите (8 больных), перекруте и некрозе гидатид яичка (локальный перiorхит – 9 больных), делает возможной их визуализацию на термограммах уже в ранние сроки заболевания. Градиент температурной разницы зоны поражения и окружающих тканей при эпидидимите составлял 2,7°C, при патологии гидатид – до 1°C. Наиболее существенной при этом являлась возможность довольно точно локализовать очаг предполагаемого поражения, так как ультразвуковое доплеровское обследование расстройств интраорганного кровотока при таких поражениях обычно выявляло интраорганную гиперемия всей железы. При опухоли яичка (I больной) на термограммах обнаружено монохроматическое окрашивание, не изолированное по цвету от окружающих тканей, что, по нашему мнению, свидетельствует об отсутствии повышенного теплообразования в опухоли типа тератобластомы. Венозный стаз в гроздевидном сплетении при варикоцеле (4 больных), являющийся стабильным теплоредуктором, дает характерную картинку на термограмме, что делает возможной визуализацию варикоцеле у детей уже в I стадии, в виде ограниченного очага свечения соответственно анатомическому расположению венозного сплетения, температурный градиент которого по сравнению с таковым окружающих тканей составлял до 1,5–1,7°C. Воспалительный процесс в коже мошонки с гиперемией сосудов заинтересованных областей поражения (идиопатический отек мошонки – 2 больных) характеризуется монохроматическим окрашиванием всей зоны поражения с температурой поверхности до 35,5°C, без возможности выявления границ внутрирасположенных органов.

Полученные нами данные термографической характеристики органов мошонки у детей в норме и при некоторых их патологических состояниях свидетельствуют об определенных достоинст-

вах метода, которые, не являясь специфическими и поэтому не претендуя на самостоятельность в окончательной диагностике отдельных нозологических форм поражений, тем не менее могут оказаться полезными в комплексном обследовании больного.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОШОНКИ У ДЕТЕЙ

Г.А. Долженко, И.К. Градаускас,
К.А. Грицюс, В.Р. Даугелавичус
Вильнюс

Ультразвуковая (УЗ) диагностика заболеваний органов мошонки у детей в Республиканской детской клинической больнице (г. Вильнюс) применяется нами с 1981 г. На сегодняшний день в клинике внедрены и с успехом используются все виды современного ультразвукового обследования органов мошонки — ультразвуковая доплеровская флоуметрия (УДФ) расстройств кровотока пораженной гемискротум, ультразвуковое сканирование мошонки по серой шкале и комбинированная ультразвуковая визуализация структуры и функции (кровоток) пораженного яичка, так называемый доп-скан.

В работе использовались серийные ультразвуковые диагностические аппараты — индикаторы (детекторы) потока крови ИПК-1, ИКУ-1 (СССР), УДП-10, МДП-10 ("Варимэкс", ПНР) — и ультразвуковые томографы реального масштаба времени линейного и секторного сканирования ЛС-2700 и ЛСЦ-7000 ("Пикер Интернационал"). Рабочая частота датчиков — 3,5–9,6 МГц.

Располагая опытом ультразвуковой диагностики заболевания и травм органов мошонки у 137 больных в возрасте от нескольких дней жизни до 15 лет (выполнено более 500 ультразвуковых обследований на разных этапах лечения больных), можно высказаться за целесообразность ее применения практически у любого контингента больных, а ультразвуковой визуализации поддаются все нозологические формы заболеваний и

травм яичек и мошонки у детей.

Метод УДФ позволяет в кратчайший срок (менее одной минуты на обследование) выявить характер расстройств интраорганного кровотока пораженных семенников ("ишемия" - "норма" - "гиперемия"), состояние коллатерального кровотока всей пораженной гемискротум ("редуцированный кровоток" - "компенсированный кровоток") и на основании этого не только судить о форме поражения яичек и тем самым произвести дифференциальную диагностику синдрома "острой мошонки" ("перекрут яичка" - "патология подвесок яичка" - "острый эпидидиморхит"), но и определить показания к срочной хирургической коррекции ишемических поражений яичек (перекрут, ущемление, инфаркт, разрыв яичка).

Показанием к применению ультразвукового сканирования по серой шкале органов мошонки у детей в первую очередь следует считать закрытые травматические поражения (верификация ушиба, разрыва, вывиха яичка, визуализация интра- и экстра-тестикулярных гематом), подострые увеличения мошонки в объеме (выявление варикоцеле, гидроцеле, опухолей яичка) и острые заболевания яичек у детей, у которых предварительно методом УДФ исключен диагноз перекрута яичка (верификация патологии гидатид, острого эпидидимита, орхита, эпидидиморхита). На эхограммах четко визуализируется экзогенность структуры и, таким образом, границы стенки мошонки, яичка, придатка и его отдельных частей (голова, тело, хвост, просвет канала). Подвески яичка (гидатиды) лучше выявляются при их патологических состояниях - перекруте и некрозе, в виде ограниченного, округлого очага потери экзогенности структуры (некроз) в области верхнего полюса пораженного яичка. Для перекрута яичка характерно: абсолютное увеличение органа в размере, потеря полустности органа (форма шара), слияние экзогенности паренхимы яичка и контуров придатка, неоднородность экзогенности ткани пораженной железы, выявляемая методом УЗ гистиографирования.

Метод ультразвукового доп-скана (многоуровневая, широкодиапазонная система визуализации ультразвукового изображения, воспроизводящая до 64 градиентов яркости с синхронной доплеровской локализацией кровотока сканируемой структуры

на заданной глубине, ширине и направлении) является идеальным способом неинвазивного обследования структуры и функции (кровоток) пораженных семенников и поэтому может применяться при любом характере поражения яичек, а степень информативности получаемых при этом данных мало чем уступает визуальному обследованию органа при эксплоративной операции.

В заключение хотелось бы подчеркнуть, что ультразвуковая диагностика заболеваний органов мошонки у детей не только высокоинформативна, но эlegantна и удобна для выполнения, неинвазивна, не требует специальной подготовки больного, безболезненна и безвредна для организма ребенка и обследуемого органа, поэтому при наличии соответствующей аппаратуры перспектива ее применения, на наш взгляд, очевидна.

ВОПРОСЫ ДРЕНИРОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ ПОСЛЕ ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ

В.С. Макарова
Москва

Хирургическое лечение посттравматических стриктур задней уретры (ПСЗУ) у детей до сих пор остается одной из наиболее трудных задач урологии.

За последние 10 лет в нашей клинике лечилось более 40 детей с ПСЗУ. Почти всем больным производилась пластика уретры чрезлонным доступом с иссечением рубцовой ткани и наложением прямого анастомоза на выделенные концы уретры.

При анализе осложнений пластических операций нами установлено, что опасность рецидива стриктуры уретры зависит не только от радикальности оперативного метода, рационального доступа, но и от оптимально выбранного способа дренирования мочевого пузыря и уретры.

Большинству больных проводилось наложение анастомоза уретры на катетере, который в виде "баранки" оставался в уретре до 21-го дня. В мочевом пузыре устанавливалась также

цистостомическая трубка. В последующем катетер "баранка" переводился по нитке в уретральный, а цистостомическая трубка удалялась. После заживления цистостомы уретральный катетер удаляли, а в уретре оставляли нить в виде "баранки", которая могла быть использована при необходимости для бужирования уретры. Недостатком указанного способа дренирования является наличие двух дренажных трубок, выходящих через цистостому, что нарушает трофику тканей вокруг цистостомических трубок и удлиняет сроки заживления послеоперационной раны.

В последнее время нами для дренирования мочевого пузыря и уретры используется силиконовый катетер с переходным диаметром фирмы Rusch (ФРГ), предназначенный для нефростомий. Во время операции анастомоз уретры производился на широкой части катетера, соответствующей диаметру уретры больного по шкале Шарьера. Переходная часть катетера с дренирующими отверстиями в широкой части устанавливалась в полости мочевого пузыря, тонкая часть (диаметр 2 мм) выводилась через рану мочевого пузыря. Пузырь ушивался вокруг тонкой части катетера, образуя цистостому диаметром 2 мм, соответствующим диаметру нити, которая при необходимости может быть использована для бужирования уретры при осложнениях в послеоперационном периоде. После операции дренирование мочевого пузыря осуществлялось через уретральную часть катетера. Спустя 3 недели после операции производилось выведение из уретры толстой части катетера с оставлением тонкой его части в виде "баранки" вместо обычно применяемой шелковой нити. Использование силиконового катетера малого диаметра вместо нити значительно снизило возможности инфицирования нижних мочевых путей.

Таким образом, применение катетера с переходным диаметром для дренирования мочевого пузыря и уретры при хирургическом лечении ПСЗ у детей позволило значительно ускорить процесс заживления раны за счет минимального размера цистостомы, а также снизить опасность инфицирования нижних мочевых путей заменой шелковой нити тонкой частью силиконового катетера.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПИЕЛОЭКТАЗИИ ПОСЛЕ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ю.А. Эмдин, О.А. Беляева
Москва

Выявление нарушений оттока мочи из почечной лоханки в первые дни после антирефлюксных операций обычно производят с помощью экскреторной урографии (ЭУГ). Однако для достижения достаточно тугого наполнения лоханки необходимо проведение указанного обследования в динамике, что связано с дополнительной лучевой нагрузкой. Применение рентгенпланиметрии как способа определения площади чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) требует проведения специальных измерений, математических расчетов, учета различных типов лоханки и не применима при полном удвоении ЧЛС.

Ультразвуковая диагностика (УЗ-сканирование) пиелоектазии полностью лишена указанных недостатков рентгенпланиметрии ЧЛС.

Под нашим наблюдением находилось 34 ребенка, оперированных по поводу пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) IV-V степеней методами Коэна и Политано-Лидбеттера. Ультразвуковое сканирование почек проводилось на аппарате модели ССД-256 "АЛОКА" на 10-12-ые сутки после операции. В эти же сроки делалась и экскреторная урография. Нарушение оттока мочи определялось по степени выраженности пиелоектазии путем сопоставления размеров почечной лоханки до и после антирефлюксной операции. Эти параметры устанавливались путем перемещения специального маркера по саггитальному изображению лоханки на экране монитора с последующим расчетом величины "расщепления лоханочного ЭХО" в мм с помощью встроенного микропроцессора.

В результате проведенного исследования было выявлено, что у 18 детей отмечалось достоверное расширение лоханки

(увеличение "симптома расщепления лоханочного ЭХО") - $8,48 \pm 0,21$ (8,03-8,93) мм, по сравнению с ее размерами до операции - $6,11 \pm 0,21$ (5,65-6,57) мм ($P < 0,05$). На экскреторных урограммах аналогичные данные получены лишь у 12 детей.

Для стимуляции сократительной и двигательной активности лоханки и реимплантированного мочеточника детям с пиелоктазией назначался форсированный диурез, в результате чего у всех больных отмечалось улучшение опорожнения ЧЛС с последующим сокращением собирательных систем.

Сопоставление результатов УЗ-диагностики и экскреторной урографии показало, что последний метод менее информативен для четкой верификации пиелоктазии, выраженной незначительно, и это прежде всего связано со значительным диапазоном возможностей его субъективной трактовки. С другой стороны, УЗ-сканирование почек является ценным и объективным методом диагностики, в частности, при выявлении пиелоктазии после антирефлюксных операций. К его преимуществам также относятся: безвредность, безболезненность, неинвазивность, быстрота выполнения (2-3 мин), отсутствие необходимости в специальной подготовке к исследованию, возможность проведения в амбулаторных условиях и неоднократного повторения.

БОЛЕЗНИ УДВОЕННОЙ ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАУНАССКОЙ КЛИНИКИ

В.К. Урмонас, Ю.С. Валентинас, К.-К.П. Йощос
Каунас

С 1972 по 1985 г. в детском хирургическом отделении Каунасской клиники лечилось 173 детей с удвоением почек. Среди них мальчиков было 17,9%, девочек - 82,1%. По возрасту они распределились следующим образом: 0-1 год - 10,4%, 1-3 года - 19,6%, 4-7 лет - 27,1%, 8-15 лет - 42,7%.

Удвоение с обеих сторон отмечалось у 32 детей, удвоение справа - у 84 и слева - у 57 детей. Клинически удвоение почек проявлялось только болями в животе - у 8,7%, изменениями

в анализах мочи - у 42,8%, нарушением мочеиспускания - у 9,8%, болями в животе и нарушением мочеиспускания - у 2,9%, болями в животе и изменениями в анализе мочи - у 23,7%, нарушениями мочеиспускания и изменениями в моче - у 5,2%, пальпируемой почкой - у 1,1% больных.

Чаще всего удвоенная почка была поражена хроническим пиелонефритом (31,8%). У 23,7% обнаружен гидронефроз и уретерогидронефроз, у 14,4% имелись рефлюксы в удвоенную почку. У 6,9% добавочный мочеточник открывался во влагалище, в одном случае, при наличии удвоенной почки с обеих сторон, эктопированные мочеточники с обеих сторон открывались во влагалище.

Хирургически лечили 38 (22%) больных. Им произведено 45 операций. Среди них: нефрэктомий - 9, геминефрэктомий - 22, реконструктивных операций - 14.

Большой процент нефрэктомий указывает на то, что дети с осложненными удвоенными почками поздно подвергаются урологическому обследованию и своевременному хирургическому лечению.

При наличии условий предпочтение следует отдавать ранней геминефруретерэктомии, а не реконструктивным операциям.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Е.Л. Вишневский, О.А. Джерибальди
А.В. Миронов, Т.Н. Гусарова
Москва

В настоящее время для определения адаптационных нарушений мочевого пузыря (МП) используют метод ретроградной цистометрии (РЦМ), который состоит в регистрации внутрипузырного давления при заполнении МП антисептическим раствором или газом.

Согласно рекомендациям Международного комитета по стандартизации уродинамических исследований РЦМ проводят со ско-

ростью заполнения МП 50, 100, 300 мл/мин. Результаты исследования оцениваются по соотношению показателей "объем-давление". Широкое распространение функциональной диагностики в урологической практике сделало РЦМ рутинным уродинамическим исследованием, однако не освободило его от существенных недостатков: скорость заполнения МП всегда превышает показатели физиологического диуреза, а путь заполнения его оказывается противоестественным; метод предполагает использование веществ, создающих чужеродную среду в организме больного. Вследствие этого результаты исследования отражают не адаптационную способность МП, как его функцию, или ее нарушения, а только физиологическую реакцию детрузора на неадекватное раздражение.

В целях частичного устранения недостатков РЦМ нами предложен способ диагностики адаптационных нарушений путем измерения внутрипузырного давления при естественном наполнении МП. В отличие от РЦМ исследование проводят после появления у больного стойкого позыва на мочеиспускание, со скоростью заполнения МП газом, не превышающей 5 мл/мин.

Для диагностики нейрогенного мочевого пузыря нами проведен РЦМ у 26 больных. При этом установлено, что только у 4 больных (15,4%) наблюдались специфические расстройства адаптационной способности детрузора в виде незаторможенных сокращений, вызывающих колебания внутрипузырного давления. Учитывая, что РЦМ вследствие его нефизиологичности может давать ложноположительные или ложноотрицательные результаты, у этих же 26 больных проведено определение адаптационной способности МП путем измерения внутрипузырного давления при естественном наполнении. Результаты исследования показали, что РЦМ действительно дал ложноотрицательные результаты. Нарушения адаптационной способности детрузора по типу незаторможенных сокращений выявлены у 11 детей (42,3%). Совпадение результатов отмечено лишь у 4 больных, а у 7 они были выявлены предложенным способом. Для определения постуральных нарушений исследование проведено в вертикальном положении тела у 22 больных, при этом по данным РЦМ незаторможенные сокращения выявлены у 4 больных (18%), а по данным регистрации внутрипузырного давления при естественном наполнении МП — у 16 (72%).

Таким образом, предлагаемый способ диагностики нарушения адаптационной функции МП путем измерения внутрипузырного давления при естественном наполнении в сочетании с классическим РЦМ увеличивает выявление больных с функциональной патологией МП, тем самым способствуя адекватному и своевременному выбору метода лечения.

АНГИОГРАФИЯ ПОЧЕК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Т.А. Хермлин, Ю.Ю. Вяли, М.Э. Миккель
Тарту

Показанием к рентгеноконтрастному исследованию обычно являлось подозрение на аномалию развития почек или мочевых путей, реже – подозрение на новообразование или реноваскулярную гипертонию, в единичных случаях (у 3-х детей) требовалось выяснить наличие возможной коарктации аорты.

Проведение нефроангиографии предполагает наличие ангиографической аппаратуры, а у маленьких детей – педиатрического инструментария для пункции сосудов по методу Сельдингера. В ангиографическом кабинете Тартуской клинической больницы исследования детей проводятся с ноября 1976 г. За 10 лет обследовано 144 пациента в возрасте от 2 до 15 лет, включительно. Большая часть детей находилась на лечении в отделении детской хирургии.

Исследования проводили под локальной анестезией, лишь 23 детям в возрасте 2–3 лет – в условиях общей анестезии. В первые годы работы применяли фторотановый наркоз масочным методом, сейчас используем только кетамин.

Всем детям бедренная артерия пунктирована без особых трудностей. После пункции артерии и введения контрастного вещества не отмечено ни одного осложнения. Наиболее часто применяли 76%-ный раствор верографина, который вводили автоматическим инъектором. Нефрограмму фиксировали на квадратную пленку со скоростью 3–2 кадра/с. Урограммы сделаны при мониторингом наблюдении фазы экскреции.

Количество вводимого контрастного вещества составило: у детей до 6 лет - 1,24 мл/кг, старше 6 лет - примерно 1,0 мл/кг. Среди исследованных детей трое были в возрасте 2 лет, 26 - 3-8 лет, остальные старше этого возраста.

Результаты исследования:

| | |
|---|------------|
| 1. Аплазия почки | 14 случаев |
| 2. Гипоплазия почки | 15 -"- |
| 3. Патология верхних мочевых путей | 35 -"- |
| 4. Сочетанная патология мочевых путей и сосудов почки | 13 -"- |
| 5. Аномалия формы почек | 5 -"- |
| 6. Аномалия положения почек | 10 -"- |
| 7. Опухоль почки | 4 случая |
| 8. Прочие | 15 случаев |
| 9. Без патологии | 33 случая. |

Таким образом, у 23% исследованных не оказалось патологии мочевого тракта. Аплазия почки обнаружена у 14 детей, у 6 из них дополнительно выявлена патология имеющейся почки.

В группе детей с патологией верхних мочевых путей наиболее часто отмечались гидронефроз, *pelvis duplex*, *ureter fistula*.

Из 5 случаев аномалии формы почек в 2 имелась подковообразная почка.

У 3-х детей опухоль обнаружена в почке, в одном случае - в надпочечнике. Двум детям исследование проведено после нефрэктомии из-за опухоли почки.

Дополнительная почечная артерия обнаружена у 40 пациентов, в большинстве случаев это была сопутствующая патология.

В ходе исследования у 25 детей измерено артериальное давление в брюшной аорте - оно значительно превышало возрастные нормативы. У 5 из них не было патологии почек. У двух детей обнаружен стеноз почечной артерии: в одном случае фибромускулярная дисплазия у 10-летнего ребенка с артериальным давлением крови 217/120 мм рт.ст., в другом - аортоартерит с поражением и почечных артерий.

У 8 детей с гипертензией выявлена гипо- или аплазия

почки. В двух случаях гипертензия имела место при опухоли почки, в остальных случаях – при поражении паренхимы почек. По всей вероятности, именно поражение почек было ведущим в патогенезе гипертензии.

Выводы:

1. Ангиографию почек с пункцией бедренной артерии в нашей клинике без осложнений можно провести у детей весом 10 кг.

2. Основная цель исследования в детском возрасте – выяснение аномалий развития органной системы.

3. Среди исследованных нами детей наиболее часто отмечена патология верхних мочевых путей, а также гипо- и аплазия почек.

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В г. ТАЛЛИНЕ

М. Маясс
Таллин

Начиная с 1980 г. все дети в возрасте до 14 лет с урологическими заболеваниями госпитализируются в отделение детской хирургии, открытое при Таллинской городской клинической детской больнице. Оно насчитывает 60 коек, 10 из которых профилированы как урологические. Количество детей с урологической патологией из года в год увеличивается: 1980 г. – 248 случаев; 1981 г. – 325; 1982 г. – 393; 1983 г. – 351; 1984 г. – 421; 1985 г. – 439; 1986 г. – 452.

Основной проблемой является раннее выявление урологических заболеваний и пороков развития мочевыводящих путей. Это – основное условие органосохраняющих пластических операций.

Мы работаем в тесном контакте с нефрологическим отделением больницы, где нуждающиеся в хирургической коррекции дети с обструктивными пиелонефритами полностью обследуются и готовятся к оперативному лечению. Но большинство их госпитализируется в хирургическое отделение только частично обследуется.

дованными в других стационарах по месту жительства и нуждается в дополнительных урологических обследованиях (цистоскопия, реноангиография, изотопренеография и др.).

Мы анализируем причины поздних выявлений урологической патологии и по линии организационно-методической работы обращаем внимание педиатров и врачей других специальностей на возможное наличие пороков развития мочевыводящих путей.

Органосохраняющих пластических операций на верхних мочевыводящих путях произведено: в 1980 г. - 8; 1981 г. - 24; 1982 г. - 33; 1983 г. - 26; 1984 г. - 32; 1985 г. - 22; 1986 г. - 36. В послеоперационном периоде дети, особенно в возрасте до трех лет, нуждаются в тщательном уходе и фиксации дренажей в связи с временной деривацией мочи. К моменту выписки мы добиваемся существенного уменьшения лейкоцитурии или полной санации мочи. Амбулаторное лечение проводится при необходимости. Через 2-3 месяца после операции ребенок госпитализируется в хирургическое отделение на 3-4 дня для урологических обследований. Затем через 1-1,5 года делаются контрольные обследования. Все дети диспансеризуются у нефролога или участкового педиатра.

В г. Таллине один раз в неделю проводится детский урологический консультативный прием.

Проблемы детской урологии (обструктивные пиелонефриты, крипторхизм, пороки развития наружных мочевыводящих путей) обсуждаются в обществах детских врачей и врачей районных больниц Северной Эстонии, а также в Республиканском обществе урологов. Целью этих обсуждений является улучшение диагностики урологической патологии в детском возрасте и преемственное лечение стационара и поликлиники.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯИЧЕК В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПО ДАННЫМ ТАЛЛИНСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА 1980-1986 ГГ.

И. Варик
Таллин

При острых заболеваниях яичек ведущим является оперативный метод. По данным отделения хирургии Таллинской городской

клинической детской больницы с 1980 по 1986 г. лечилось 169 детей с диагнозом "острая мошонка". Из них прооперировано 150 детей и консервативно лечились 19 детей. Чаще всего наблюдалась острая патология гидатида яичка - 71 случай (42%), и перекрут яичка - 48 случаев (28,4%). Реже отмечался орхоэпидидимит - 28 случаев (16,6%) и травма яичка - 22 случая (13%). Острая патология гидатида и перекрут яичка были оперированы в 100% случаев. Консервативно лечилось 12 мальчиков с легкой травмой яичка и 7 мальчиков с диагнозом орхит. Оперативная активность при острых заболеваниях яичка в нашем отделении составляет 88,6%. Данная патология чаще всего встречается у мальчиков в препубертатном и пубертатном возрасте. По данным нашего отделения, из 150 оперированных детей 122 (81,3%) мальчика были в возрасте от 12 до 15 лет.

Ведущее место в лечении острых заболеваний яичек занимает оперативный метод, а консервативный метод применяется в редких случаях по строгим показаниям.

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ УРОИНФЕКЦИЙ

Э.И. Тюри, М.Э. Тюри, Х.М. Тихане
Тарту

Уроинфекции занимают второе место по частоте встречаемости среди болезней человека после воспалительных заболеваний дыхательных путей (Decker K., Nitach H.A., 1982). Указанными инфекциями болеют преимущественно женщины. Это объясняется анатомо-физиологическими особенностями женского организма. Однако более интимные механизмы высокой восприимчивости женщин к уроинфекциям изучены еще недостаточно.

Возбудителями уроинфекций являются различные условно-патогенные микробы (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.* и др.). Эти же микробы входят и в нормальную микрофлору человека и могут попасть в мочу контаминационным путем при взятии материала (Нейчев С., 1977). Поэтому для выяснения

этиологической роли выделенных микробов необходимо использовать количественные микробиологические методы, т.е. определить степень клинически значимой бактериурии ($\geq 10^5$ микробов в I мл мочи). При этом широко применяют различные биохимические и полуколичественные микробиологические методы (Finegold S.M. et al., 1978). Однако указанные методы не позволяют поставить точный микробиологический диагноз и определить величину популяции различных микробов в моче. Для этого необходимо использовать количественные микробиологические методы.

При помощи указанных методов нам удалось доказать, что при низких количествах микробов в моче возбудителями бактериурии наиболее часто являются грамположительные микробы. С увеличением же количества микробов в моче частота выделения грамотрицательных бактерий постепенно возрастает. Кривые, характеризующие указанное явление, пересекаются при количестве микробов примерно 10^5 /мл, т.е. перед границей клинически значимой бактериурии. Это наводит на мысль, что с помощью определения количества грамположительные и -отрицательных микробов в моче можно прогнозировать возникновение рецидива у больных хроническим пиелонефритом (Тюри М.Э. с соавт., 1982).

Следует подчеркнуть, что клинически значимая бактериурия встречается у больных различными уроинфекциями с неодинаковой частотой. Так, количественным микробиологическим исследованием 1194 проб мочи от 989 больных ее можно установить при остром пиелонефрите в 21,5%, при хроническом пиелонефрите - в 24,1% и после трансплантации почек - в 48,8% случаев (Тюри Э.И. с соавт., 1982). Следовательно, количественное определение бактериурии позволяет избежать необоснованной антимикробной терапии больных.

Наиболее частыми возбудителями уроинфекции являются различные грамотрицательные бактерии (более 90%). Грамположительные микробы и ассоциации их с грамотрицательными встречаются редко. Интересно отметить, что этиологическая роль отдельных видов грамотрицательных бактерий у женщин и мужчин различна. Так, из 674 штаммов, выделенных от 583 женщин, подавляющее большинство (84,5%) было идентичным *E. coli*.

Штаммы других грамотрицательных бактерий распределились: 8,5% относилось к *Klebsiella spp.*, 2,7% - к *Proteus spp.*, 2,2% - к *Citrobacter spp.*, 1,5% - к *Pseudomonas aeruginosa* и 0,6% - к *Enterobacter aerogenes*. Зато среди 194 штаммов - возбудителей уроинфекций, выделенных от 155 мужчин, штаммы *E. coli* составляли 35,1%, *Proteus spp.* 22,1%, *Klebsiella spp.* - 13,9%, *P. aeruginosa* - 6,5%, *Citrobacter spp.* и *E. aerogenes* - по 6,2%. Это необходимо учитывать при лечении уроинфекций у мужчин, т.к. большинство возбудителей инфекций у них являются устойчивыми к антибиотикам и основным синтетическим химиотерапевтическим препаратам (Тюри Э.И. с соавт., 1986).

Хронический пиелонефрит с периодическими обострениями может длиться годами. Рациональной химиотерапией обычно удается вылечить конкретное обострение. Однако эти же препараты не дают желаемого эффекта при лечении следующих обострений. Наряду с развитием устойчивости причиной данного явления необходимо считать и периодическую смену возбудителя. По М.Тюри (1986), у 62,4% больных при повторных микробиологических исследованиях сохраняется один и тот же вид возбудителя, а у 37,6% - сменяется. Частота смены вида возбудителя зависит от пола больных. У мужчин установить смену микроба можно в 52,9%, а у женщин - в 33,6% случаев. Следует добавить, что наряду со сменой вида микроба можно установить и смену штамма одного и того же вида возбудителя более чем в 50% случаев. Поэтому каждое обострение хронического пиелонефрита вновь требует выделения возбудителя и определения его чувствительности к химиотерапевтическим препаратам. Смена вида или штамма возбудителя уроинфекции может произойти и во время антимикробного лечения, и клинического эффекта не последует. В таких случаях необходимо повторить микробиологическое исследование мочи больного.

ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНОЙ АКТИВНОСТИ МОЧИ У БОЛЬНЫХ УРОЛОГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ

М.Э. Тюри, Э.И. Тюри
Тарту

Современная микробиологическая диагностика уроинфекций основывается на количественном определении бактериурии. При этом более одной трети проб мочи, взятых методом средней струи, оказываются стерильными (Тюри Э.И. с соавт., 1983). Причиной этого явления могут быть антимикробные вещества в моче (Alvborg с соавт., 1975; Тюри М.Э. с соавт., 1982).

Исходя из вышеизложенного, мы изучали антимикробные свойства 375 стерильных проб мочи от больных различными уроинфекциями. При определении указанных свойств мочи пользовались методом диффузии в агаре с применением бумажных дисков. В качестве индикаторных микробов применяли *Staphylococcus aureus* 209 и *Escherichia coli* K 12, а также клинические штаммы возбудителей уроинфекций (*E. coli*, *Citrobacter* spp., *Klebsiella* spp. и *Proteus* spp.). Об антимикробной активности мочи судили по величине зоны угнетания роста микробов вокруг диска.

Антимикробными свойствами обладали 104 (22,7%) пробы мочи. Из них 41,4% проб подавляли рост только *E. coli* K 12, а 18,2% - *S. aureus* 209. Одновременное подавление обоих микробов наблюдалось в 40,4% случаев. Антимикробная активность мочи от больных острым пиелонефритом и с обострением хронического пиелонефрита наблюдалась чаще (в 60,0% и 40,0% случаев соответственно), чем при хроническом пиелонефрите (22,6%).

Из клинических штаммов возбудителей уроинфекций лекарственно-устойчивые были более резистентными в отношении антимикробного действия мочи, чем чувствительные. При этом моча с антимикробными свойствами обуславливала полный лизис инди-

каторных микробов. Между тем, основные препараты для лечения уроинфекций (5-НОК, грамурин, невигамон, фурадонин, бисептол) такими же свойствами не обладали. Ни одна проба мочи не теряла своей антимикробной активности при кипячении в течение 15 мин.

Таким образом, моча больных уроинфекциями может содержать термоустойчивые бактериолитические вещества, активность которых в отношении отдельных видов микробов различна. Происхождение и природа указанных веществ, а также их влияние на уроинфекции требуют дальнейшего изучения.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АНОМАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ПОЧЕК

Х.Л. Арпо
Таллин

В практике не всегда учитывается патогенетическое значение разных вариантов кровоснабжения почки. В результате большой индивидуальности деления кровеносных сосудов и экскреторного дерева до настоящего времени не существует единого мнения о сегментарном строении нормальной почки. Частичное удаление почечной паренхимы предполагает точное знание строения этого органа.

Урологическое отделение Таллинской больницы Пелгулинна располагает 15-летним опытом диагностирования и оперативного лечения разных заболеваний почек. За этот период было произведено более 800 нефроангиограмм. Выполнена 121 операция резекции почки в основном по поводу гидронефроза, камня почки, пиелонефрита и разных видов аномалии почек.

По ангиографическим данным нашего отделения, у 51% больных от аорты кроме главной почечной артерии к почке отходят дополнительно еще одна и несколько кровеносных сосудов, из которых 92% кровоснабжают нижний полюс почки. Надо подчеркнуть, что и при единичной почечной артерии ее нижние ветви отличаются анатомическими вариантами места отхождения и на-

правления сосуда. Перекрещиваясь с мочевыми путями, эти нижнесегментарные сосуды вызывают их сдавление и часто являются препятствием нормальной уродинамике.

По нашему мнению, патогенетическое значение вариантов кровоснабжения многозначно и требует в каждом случае индивидуального подхода. В настоящей работе мы хотим остановиться на следующих пунктах:

1. Нижнеполярная, как и хильярная так называемая "добавочная артерия", по существу всегда является нижнепередней сегментарной артерией или ее эквивалентной ветвью. Мы считаем, что правильнее пользоваться термином "сепаративная" (англ. "separate" против "accessory" или "aberrant"), как это предложил Кямпел (1958 г.).

2. Атипичное кровоснабжение почти всегда сочетается с разными признаками аномальности: изменением формы почки и расположением почки особенно малротацией. Часто только детальная интраоперативная ревизия и одновременный анализ нефроангиограмм позволяют раскрыть эти патогенетически важные моменты.

3. При гидронефрозе в образовании гидронефротического мешка нижнеполярные ветви почечной артерии имеют большее значение, чем сепаративные артерии почки, отходящие от аорты ниже основного сосуда. При гидронефрозе в 70% случаев имеет место неполный поворот почки; в результате этого пиелoureтеральный сегмент придавливается нижнепередней сегментарной артерией к нижнему полюсу почки,

4. Важно, что значительное вытяжение нижнесегментарного сосуда нередко сочетается с ишемией этого сегмента, что в свою очередь ведет к атрофии и нефросклерозу и зачастую к образованию камней именно в нижнем сегменте.

5. С годами при хирургическом лечении мы все чаще находили, что гидронефроз, нефролитиаз и другие заболевания являются осложнениями аномальной почки. При операциях считаем нужным удаление диспластической части уротракта и дистрофически измененной части паренхимы и по возможности восстановление нормальной анатомической ориентации почки.

О КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПОЧЕК У ЖЕНЩИН

А.Л. Шабад, С. Аллазов
Москва

В последние годы отмечено увеличение числа женщин с урологическими заболеваниями почек, особенно больных пиелонефритом (Лопаткин Н.А., Шабад А.Л., 1985). Это связано с анатомо-функциональным своеобразием женских мочеполовых органов, изменениями в почках и верхних мочевых путях при беременности и гинекологических заболеваниях.

Установлено, что острый пиелонефрит у женщин чаще вызывается условно-патогенными бактериями кишечной группы, обладающими свойством адгезии к эпителию, и поэтому у них значительно чаще при остром пиелонефрите преимущественно поражаются стенки лоханки и чашечек, т.е. развивается "пиелит" и "цистопиелит" (Шабад А.Л., Шарапов Ю.Ф., 1982). В патогенезе восходящего острого пиелонефрита важную роль играет пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс вследствие цистита.

По этиологии и патогенезу заболевания можно выделить 4 формы острого пиелонефрита у женщин:

1. Необструктивный пиелонефрит или цистопиелонефрит с преимущественным поражением лоханочно-чашечной системы ("пиелит"), имеющий восходящий, "уриногенный" путь развития;

2. Обструктивный пиелонефрит с преимущественным поражением лоханки почки ("пиелит"), уриногенно-гематогенный путь развития;

3. Пиелонефрит нисходящий, гематогенно-уриногенный, при окклюзии верхних мочевых путей ("нефропиелит");

4. Гнойный нефрит (апостематозный нефрит, карбункул и абсцесс почки), без нарушений уродинамики, встречается равномерно у мужчин и женщин, путь развития - гематогенный.

Среди изученных нами 416 женщин с острым пиелонефритом распределение по указанным формам было следующими:

Таблица I

| Форма острого воспаления почек | Число больных | % соотношения женщин с больными мужского пола | Преимущества с возрастными группами (лет) |
|--|---------------|---|---|
| | | | |
| Необструктивный пиелонефрит или цистопиелонефрит | 276 | 72,1 | 14-29 |
| Обструктивный пиелонефрит ("пиелит") | 28 | 64,5 | 29-39 |
| Пиелонефрит нисходящий ("нефропиелит") | 98 | 54,9 | 39-60 |
| Гнойный нефрит | 14 | 41,6 | 14-39 |

Как видно из таблицы I, самой частой (66,3%) формой в структуре острого воспаления почек у женщин является восходящий необструктивный цистопиелонефрит с преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы. Исходя из формы острого воспаления почек строится дифференцированная лечебная тактика: в основном консервативные мероприятия при необструктивном восходящем цистопиелонефрите с преимущественным поражением лоханки ("пиелит"), оперативное лечение - при обструктивных гнойных формах "нефропиелита" и гнойном нефрите.

ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.Л. Шабал, Т.З. Климова, Е.М. Кондратьева, В.Н. Синюхин
Москва

Гнойно-септические осложнения, возникающие после операций на почках и верхних мочевых путях, остаются актуальной проблемой в урологической практике. Острый пиелонефрит зани-

мает одно из первых мест среди послеоперационных осложнений у пациентов с заболеванием мочеполовых органов. С наибольшей частотой (от 65% до 90%) он развивается после операций по поводу рецидивных, множественных и коралловидных камней почек.

До настоящего времени в урологической практике лечение и профилактика послеоперационного пиелонефрита проводится в основном по данным предоперационного исследования мочи или без учета даже этих данных.

В нашей работе мы поставили своей целью оптимизацию антибактериальной терапии и профилактики острого послеоперационного пиелонефрита с учетом бактериологических и фармакокинетических исследований не только до и после операции, но и в интраоперационном периоде. Во время операции исследовали фармакокинетику введенных на вводимом наркозе антибиотиков в паренхиме почки, в окружающих ее тканях, лоханочной моче. С учетом полученных данных, еще до окончания операции, корригировали дозу антибиотика. В ближайшем послеоперационном периоде проводили антибактериальную терапию с учетом данных интраоперационной микробиологической диагностики, т.е. вида и чувствительности возбудителя инфекции, выделенного непосредственно из очага поражения. Указанный комплекс интраоперационных исследований применен у 45 пациентов (21 мужчина и 24 женщины) с рецидивирующим коралловидным нефролитиазом, сопутствующим хроническим пиелонефритом и хронической почечной недостаточностью. В комплекс послеоперационного лечения были включены по показаниям - ультрафиолетовое облучение крови пациентов, эндолимфатическое введение антибиотиков с помощью микродозаторов, а также эфферентные методы детоксикации - гемосорбция, плазмоферез, плазмасорбция. После операции проводили ежедневный фармакокинетический контроль за вводимыми антибиотиками, посевом мочи и крови не реже одного раза в неделю.

В результате проведенной адекватной этиотропной профилактики и терапии острый пиелонефрит, в ближайшем послеоперационном периоде, развился только у 7 пациентов (15,5%), протекал сравнительно благоприятно и был купирован в течение 3-5 суток. Частоту этих осложнений удалось снизить не ме-

нее чем в 3 раза по сравнению с группой ранее наблюдавшихся больных.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ УРОИНФЕКЦИЙ К АНТАГОНИСТИЧЕСКОМУ ДЕЙСТВИЮ ЛАКТОБАЦИЛЛ

Э.И. Тюри, М.Э. Тюри, М.А. Паю,
М.Моцин, А.А. Ленцнер
Тарту

Защитная функция лактобацилл в микрофлоре человека связана с их колонизирующей способностью, антагонистической активностью в отношении других микробов и воздействием на другие защитные механизмы организма (Ленцнер А.А. с соавт., 1987).

Под влиянием длительной антимикробной терапии и многих других факторов может развиваться дисбиоз. При дисбиозе кишечника количество облигатных анаэробов и лактобацилл уменьшается, а удельный вес различных условно-патогенных микробов увеличивается. Последние могут распространяться вне кишечника и вызывать инфекционные осложнения с различной локализацией (Смолянская А.З., 1987). К числу таких осложнений относятся и уроинфекции, возбудителями которых часто являются условно-патогенные энтеробактерии (*Escherichia coli*, микробы родов *Proteus*, *Klebsiella*, *Enterobacter* и др.).

Для профилактики и лечения дисбиоза кишечника успешно применяют различные эубиотики, в том числе и лактобактерин (Поспелова В.В., 1978; Ленцнер А.А. с соавт., 1987). Большинство возбудителей уроинфекций происходит из кишечника. Поэтому представляет особый интерес их чувствительность к лактобациллам с высокой антагонистической активностью.

В опыт было взято 134 штамма грамотрицательных бактерий, выделенных из мочи больных с различными уроинфекциями. Среди них были 122 штамма *E. coli*, 5 — *Klebsiella spp.*, 4 — *Citrobacter spp.* и 3 — *Pseudomonas aeruginosa*. Изучали их чувствительность в отношении 5 штаммов лактобацилл с высокой

адгезивностью и антагонистической активностью: *Lactobacillus fermentum* 90T S4 и *L. plantarum* 8R A3, применяемые в производстве отечественного лактобактерина (Ленцнер А.А., 1973); *L. fermentum* I-25, *L. plantarum* 7-19 и *L. casei var casei* I-20, предложенные им для производства этого же препарата. Контролем служили Т-9-16 и Т27-5 с высокой адгезивностью, но с низкой антагонистической активностью.

Для определения чувствительности возбудителей уроинфекций в отношении антагонистической активности лактобацилл применяли модифицированную методику А.А. Ленцнера (1973).

Было выяснено, что чувствительность уропатогенных штаммов *E. coli* к лактобациллам с высокой антагонистической активностью была различна. Так, в отношении четырех штаммов указанных микробов большинство (74,59 ... 90,26%) штаммов *E. coli* обладали средней чувствительностью. Наиболее активным оказался *L. fermentum* I-20; более половины (52,46%) штаммов *E. coli* были в отношении его с высокой, 33,61% - со средней и 13,93% - с низкой чувствительностью. Следует отметить, что высокоадгезивные штаммы *L. acidophilus* обладали незначительной антагонистической активностью к уропатогенным кишечным палочкам, а в отношении штамма Т27-5 85,26% указанных микробов были даже устойчивыми.

Необходимо подчеркнуть, что чувствительность отдельных видов возбудителей уроинфекций к антимикробному действию лактобацилл была далеко не одинакова. По сравнению с *E. coli*, у штаммов *Pseudomonas* и *Citrobacter spp.* она выше, а у *Klebsiella spp.* - ниже. Антагонистическая активность *L. acidophilus* являлась самой низкой в отношении штаммов *E. coli*.

Итак, антагонистическая активность лактобацилл, применяемых в производстве отечественного лактобактерина, в отношении возбудителей уроинфекций довольно высокая. Поэтому целесообразно изучить эффективность лактобактерина в профилактике и лечении уроинфекций.

ПРЕПОДАВАНИЕ УРОЛОГИИ НА МЕДИЦИНСКОМ
ФАКУЛЬТЕТЕ ТАРТУСКОГО ГОСУНИВЕРСИТЕТА

Х.М. Тихане, Э.И. Сепп
Тарту

По данным статистики последних десятилетий урологические больные составляют 10-15% всех больных - от простого воспаления мочевого пузыря до стеноза почечной артерии. Почечно-каменная болезнь во многих высокоразвитых странах стала национальной болезнью, поражая от 1 до 5% населения. Около 70% мужчин нуждаются в консервативном или оперативном лечении в связи с заболеваниями предстательной железы. Согласно данным статистики, на 100 новорожденных приходится 5 случаев более или менее выраженных аномалий мочеполовой системы.

Вышеприведенные данные показывают, что следует еще большее внимание уделить обучению урологии в общей медицинской подготовке с учетом того, что в повседневной практике участковому врачу, терапевту и др. необходимо ставить т.н. предположительный диагноз и уметь проводить последующее лечение.

До 1971 г. преподавание урологических заболеваний и их хирургического лечения проводилось наряду с другими хирургическими заболеваниями, и объем их изучения зависел от того, в какой мере преподаватель был сам заинтересован в лечении урологических больных. Особое внимание преподаванию урологических болезней и их хирургического лечения уделяли профессор А.Линкберг, который уже в 1936 г. демонстрировал студентам проведение цистоскопии, и доцент Х.Петлем, а также заведующие хирургическим отделением Тартуской клинической больницы Г.Тульмин и Х.Каск. Начиная с 1971 г. лекции по урологии составляют отдельный курс на кафедре факультетской хирургии (доц. Х.Тихане) и с 1986 г. - на кафедре оперативной хирургии и урологии. Учебной базой является урологиче-

ское отделение Тартуской клинической больницы. С 1986 г. преподавание урологии ведется на V и VI курсах медицинского факультета. Для студентов V курса лечебного отделения предусмотрено 12 часов лекций и 24 часа практических занятий, для студентов педиатрического отделения — 6 часов лекций (дополнительно урологические проблемы в педиатрии рассматривает доц. У. Рейно) и 24 часа практических занятий. Раньше лекции и практические занятия в том же объеме велись на III и IV курсах, что является нерациональным, поскольку у студентов отсутствуют начальные клинические знания для овладения такой узкой специальностью, как урология. Курс урологии заканчивается дифференцированным зачетом. На VI курсе следует 2–3-недельный цикл урологии (не менее 68 часов) для студентов субординатуры по хирургии, гинекологии и акушерству. Одновременно проводятся семинары по важнейшим урологическим темам.

После окончания медицинского факультета дальнейшее совершенствование в урологии возможно следующим образом:

1. Трехмесячное усовершенствование или четырехмесячная специализация по урологии через факультет усовершенствования ТГУ на базе урологического отделения Тартуской клинической больницы.

2. Клиническая ординатура в урологическом отделении в течение 2 лет.

К сожалению, усовершенствование по урологии до сих пор предусмотрено в основном для тех, кто уже работает урологом. Кроме того, отсутствует точная программа специализации по урологии, как это предусмотрено в большинстве стран Западной Европы. Так, например, для получения диплома уролога во Франции необходимо сначала овладеть специальностью хирурга и затем 5 лет работать в урологии; в Федеративной Республике Германии надо проработать 1 год хирургом и 4 года в урологическом отделении; в Бельгии — 3 года хирургом и 3 года в урологии, в Германской Демократической Республике необходимо предварительно проработать 6 мес. в хирургии, 5 лет в урологии и 4 мес в анестезиологии или нефрологии. Только после такой подготовки и дается право работать урологом и уровень знаний уролога в своей специальности высок.

Кроме того, не предусмотрено усовершенствование по урологии на факультете усовершенствования ТГУ для участковых врачей, терапевтов и хирургов, хотя они в своей повседневной практике соприкасаются с урологическими больными и занимаются их лечением.

Поэтому, очевидно, для этих врачей было бы полезно менее длительное (I мес.) усовершенствование по урологии, чтобы лучше ориентироваться в возможностях урологической диагностики и консервативного лечения.

Урология — это специальность, в которой адекватность диагностики и лечения зависит от технико-инструментальной оснащённости и ее уровня. К сожалению, у нас отсутствуют многие широко распространенные и оправдавшие себя инструменты, такие как пиелоскопы, нефроскопы и др., не говоря уже об аппаратуре для экстракорпорального разрушения почечных камней, основанного на ударной волне. Естественно, поэтому уровень урологической диагностики и лечения, а также преподавание урологии у нас оставляют желать лучшего.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ГОРМОНОТЕРАПИИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.С. Бельчиков
Таллин

Заболеваемость раком предстательной железы у мужчин старшего возраста — весьма частое явление в Эстонской ССР.

Так, по данным регистрации и учета Эстонского ракового регистра она составляла на 100.000 населения в 1985 г. 10,8 случая, а в 1986 г. — 9,5 случая. К концу 1986 г. контингент больных раком предстательной железы насчитывал 25,2 больных на 100.000 населения, состоящих на учете в республике.

По частоте, среди других первичных онкологических заболеваний у мужчин, рак простаты занимает четвертое место.

Вследствие бессимптомного течения заболевания в ранних его стадиях около 90% больных раком простаты до сих пор еще

кальное хирургическое лечение является противопоказанным и нецелесообразным.

Как известно, в 1941 г. впервые при лечении рака простаты Хиггинс (Huggins) стал применять т.н. антиандрогенную гормонотерапию. Тем самым повсеместно начали широко использовать эстрогенотерапию для лечения этого контингента больных.

Однако следует отметить, что применение эстрогенных препаратов в высоких дозах у значительного количества больных, особенно пожилого возраста, вызывает кардиоваскулярные осложнения, нередко с летальным исходом.

Поэтому при назначении эстрогенотерапии следует придерживаться индивидуального принципа применения с учетом возраста, общего состояния и состояния кардиоваскулярной системы у подлежащих лечению больных.

В любом случае эстрогенотерапия показана части больных раком простаты во II-ой, III и IV стадиях в комбинации с орхидэктомией.

Наш многолетний опыт лечения больных раком простаты с помощью эстрогенотерапии позволяет сделать вывод о том, что наиболее эффективными в процессе лечения оказались такие препараты, как:

1. "Хонван" или "Фосфестрол" для в/венного введения.
2. "Эстрадурин" внутримышечно как последующая и поддерживающая терапия.
3. "Диетилстильбестрол" для перорального применения.
4. "Микрофолин" также в виде перорального применения.
5. Хорошо себя зарекомендовал и отечественного производства препарат "Хлортрианизен" в таблетках, а также широко применяемый в ГДР препарат "Туристерон", для перорального приема. Последний является эстрогенным препаратом пролонгированного действия (депопрепарат из группы стильбенов).

В последние годы многие авторы рекомендуют использовать для лечения этого контингента больных также цитостатические и химиотерапевтические препараты, как, например, "Цис-Платин", "5-флуороурацил", "Циклофосфамид" и др.

Вышеуказанная комбинированная терапия особенно показана в случаях

т.н. депрессивного состояния костного мозга. В этих случаях рекомендовано провести курс лечения препаратом "Эстрамустин-фосфатом", т.е. препаратом "Эстрацит", который, к сожалению, пока еще весьма дефицитный.

Гормонотерапия больных раком простаты должна проводиться под систематическим наблюдением специалиста и контролем состояния больного, особенно состояния его кардиоваскулярной системы.

В целях активного выявления первичных больных раком простаты в начальных стадиях заболевания необходимо проводить массовые профилактические обследования мужчин старше 50-ти лет, применяя пальцевое исследование состояния предстательной железы с последующей биопсией подозрительных на рак участков ее. Это даст возможность выявить значительное количество таковых больных и провести своевременное радикальное хирургическое лечение.

С о д е р ж а н и е

| | |
|---|----|
| Х.Й. Каск. Развитие урологии в Тартуских клиниках | 3 |
| Х.Й. Каск, П.Э. Тээяр. Изменения заболеваемости мочекаменной болезнью в течение этого столетия (по данным Тартуской клинической больницы Эстонской ССР) | 9 |
| П.Э. Тээяр. Диагностика и лечение первичного гиперпаратиреоза при рецидивирующем уролитиазе | 10 |
| А.И. Радавичюс, А.А. Тулаба, Л.П. Босас. Диспансеризация больных и профилактика циклического уратного камнеобразования | 12 |
| Ч.А. Синкевичус, А.А. Тулаба, А.И. Радавичюс. Транссакральная новокаиновая блокада при почечной колике и ускорение литуреза мочеточников камней | 14 |
| Г.Т. Тулмин, Х.М. Тихане, П.Г. Тулмин, И.К. Пау, И.В. Равен. Опыт оперативного лечения нефроптоза .. | 15 |
| Э.М. Алтрая, Х.Й. Каск. Наш опыт применения эмболизации артерии при лечении рака почки | 18 |
| А.А. Тулаба, А.И. Радавичюс, А.И. Валинскас, К.П. Иоцус, К.А. Грицюс, В.И. Праташюс, Т.П. Петрайтис, Г.И. Римкене, А.И. Римшелис, А.К. Стакенас, П.В. Тулявичюс, А.В. Яцинас, П.А. Черняускас. Причины нефрэктомий и пути их уменьшения в Литовской ССР | 20 |
| А.Ф. Даренков, Н.С. Игнашин, А.И. Демин, С.А. Силаев. Чрескожные пункционные методы диагностики и лечения кистозных и гнойно-воспалительных заболеваний почек и паранефрального пространства под ультразвуковым контролем | 22 |

| | |
|--|----|
| Х.Й. Каск. Удаление мочевого пузыря при лечении больных со злокачественными опухолями мочевого пузыря | 23 |
| А.А. Ваар, И.С. Бельчиков. Отдаленные результаты лечения больных со злокачественными новообразованиями мочевого пузыря после радикальной цистэктомии | 25 |
| В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, Б.К. Комяков. Неотложная хирургическая тактика при аденоме предстательной железы | 27 |
| В.Й. Чемарин, Х.М. Тихане. Результаты радикального лечения аденомы предстательной железы | 28 |
| В.Н. Ткачук, С.Х. Аль-Шукри, Б.К. Комяков, Л.В. Додидзе, А.О. Иванов. Экспресс-метод определения кровопотери при трансуретральных операциях | 30 |
| Э.А. Ахсе, Х.М. Тихане. О перинеальной биопсии предстательной железы при помощи иглы Веевена | 31 |
| Э.О. Тундер, Х.Х. Тикко, Э.П. Ребане, А.А. Ильвес, Ш.А. Шубо, У.Р. Лепнер, А.И. Хельберг. Результаты лечения вазоренальной гипертензии | 32 |
| Х.М. Тихане, Н.Н. Пихелгас, Н.Н. Баиков. Оперативное лечение стрессовой инконтиненции мочи у женщин | 34 |
| А.И. Радавичус, Д.С. Бумблис, А.А. Тулаба. Межчашечный анастомоз при удвоении лоханки | 35 |
| М.А. Кейс, С.Ю. Вааза, Х.М. Тихане, К.Э. Лаанету. О радионуклидных исследованиях с ⁸⁵ -стронцием | 37 |
| М.А. Кейс, Х.М. Тихане, В.П. Данилович. Опыт применения тепловидения при урологических заболеваниях ... | 38 |
| Б.С. Гусев, Т.В. Обухова, В.М. Кузнецов. Использование основ математического моделирования в расчете ренографических кривых | 39 |
| М.А. Солон. Ток надтональной частоты и ганглерон-электрофорез синусоидальными модулированными токами в комплексном лечении хронического цистита | 41 |
| М. Аудова. Применение метода иглоукальвания при лечении простатита | 42 |

| | |
|--|----|
| М.Э. Вюрст. Субарахноидальная анестезия при урологических операциях | 44 |
| В.М. Державин, Е.Л. Вишневский, И.В. Казанская, С.Д. Брук. Диагностика и лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей | 46 |
| К. Варик, М. Кейс, У. Рейно. Радиоизотопная ренография в диагностике пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей | 48 |
| К. Варик, М. Кейс. У. Рейно. Радиоизотопная урофлоуметрия в диагностике нарушений уродинамики нижних мочевых путей у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом | 50 |
| У. Рейно, К. Варик. Результаты определения степени поражения паренхимы почки у детей с пузырно-мочеточниковым рефлюксом | 51 |
| И.К. Градаускас, Д.Р. Иванаскене, Г.А. Долженко, К.А. Грицюс, И.И. Красаускас, А.С. Пузинас. Ультразвуковая диагностика пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей | 53 |
| Я.К. Гауенс, Я.Ж. Добелис, Э.К. Платкаис. Тактика лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей | 54 |
| П.К. Яцьк, В.П. Майоров. Актуальные вопросы хирургической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса при удвоении верхних мочевых путей у детей | 55 |
| И.К. Градаускас, Д.Р. Иванаскене, К.А. Грицюс, Г.А. Долженко, И.И. Красаускас, А.С. Пузинас. Эхоскопический контроль восстановления морфологии мочевых путей после антирефлюксных операций у детей | 57 |
| Г.А. Долженко, И.К. Градаускас, Б.Ю. Сяurusайтис. Термографическая диагностика заболеваний органов мошонки у детей | 59 |
| Г.А. Долженко, И.К. Градаускас, К.А. Грицюс, В.Р. Даугелавичус. Ультразвуковая диагностика заболеваний органов мошонки у детей | 61 |

| | |
|--|----|
| В.С. Макарова. Вопросы дренирования мочевого пузыря и уретры после пластических операций у детей с посттравматическими стриктурами задней уретры | 63 |
| Ю.А. Эмдин, О.А. Беляева. Ультразвуковая диагностика пиеловктазии после антирефлюксных операций у детей | 65 |
| В.К. Урмонас, Ю.С. Валентинас, К.-К.П. Йоцос. Болезни удвоенной почки у детей по данным Каунасской клиники | 66 |
| Е.Л. Вишневский, О.А. Джерибальди, А.В. Миронов, Т.Н. Гусарова. Диагностика нарушений адаптационной функции мочевого пузыря | 67 |
| Т.А. Хермлин, Ю.Ю. Вяли, М.Э. Миккель. Ангиография почек в детском возрасте | 69 |
| М. Маясс. Об организации урологической помощи детям в г. Таллине | 71 |
| И. Варик. Оперативное лечение острых заболеваний яичек в детском возрасте по данным Таллинской городской клинической детской больницы за 1980-1986 гг. | 72 |
| Э.И. Тюри, М.Э. Тюри, Х.М. Тихане. Значение микробиологических исследований в диагностике и лечении уроинфекций | 73 |
| М.Э. Тюри, Э.И. Тюри. Изучение антимикробной активности мочи у больных урологическими инфекциями | 76 |
| Х.Л. Арпо. Патогенетическое значение аномальных артерий при хирургическом лечении болезней почек . | 77 |
| А.Л. Шабад, С. Аллазов. О клинических формах острого воспаления почек у женщин | 79 |
| А.Л. Шабад, Т.Э. Климова, Е.М. Кондратьева, В.Н. Синюхин. Этиотропная терапия и профилактика острого послеоперационного пиелонефрита у урологических больных | 80 |
| Э.И. Тюри, М.Э. Тюри, М.А. Пал, М. Моцин, А.А. Ленцнер. Чувствительность возбудителей уроинфекций к антагонистическому действию лактобацилл | 82 |
| Х.М. Тихане, Э.И. Сепп. Преподавание урологии на медицинском факультете Тартуского госуниверситета ... | 84 |
| И.С. Бельчиков. Некоторые аспекты гормонотерапии рака предстательной железы | 86 |

| | |
|--|----|
| В.С. Макарова. Вопросы дренирования мочевого пузыря и уретры после пластических операций у детей с посттравматическими стриктурами задней уретры | 63 |
| Ю.А. Эмдин, О.А. Беляева. Ультразвуковая диагностика пиеловктазии после антирефлюксных операций у детей | 65 |
| В.К. Урмонас, Ю.С. Валентинас, К.-К.П. Йоцос. Болезни удвоенной почки у детей по данным Каунасской клиники | 66 |
| Е.Л. Вишневский, О.А. Джерибальди, А.В. Миронов, Т.Н. Гусарова. Диагностика нарушений адаптационной функции мочевого пузыря | 67 |
| Т.А. Хермлин, Ю.Ю. Вяли, М.Э. Миккель. Ангиография почек в детском возрасте | 69 |
| М. Маясс. Об организации урологической помощи детям в г. Таллине | 71 |
| И. Варик. Оперативное лечение острых заболеваний яичек в детском возрасте по данным Таллинской городской клинической детской больницы за 1980-1986 гг. | 72 |
| Э.И. Тюри, М.Э. Тюри, Х.М. Тихане. Значение микробиологических исследований в диагностике и лечении уроинфекций | 73 |
| М.Э. Тюри, Э.И. Тюри. Изучение антимикробной активности мочи у больных урологическими инфекциями | 76 |
| Х.Л. Арпо. Патогенетическое значение аномальных артерий при хирургическом лечении болезней почек . | 77 |
| А.Л. Шабад, С. Аллазов. О клинических формах острого воспаления почек у женщин | 79 |
| А.Л. Шабад, Т.Э. Климова, Е.М. Кондратьева, В.Н. Синюхин. Этиотропная терапия и профилактика острого послеоперационного пиелонефрита у урологических больных | 80 |
| Э.И. Тюри, М.Э. Тюри, М.А. Пал, М. Моцин, А.А. Ленцнер. Чувствительность возбудителей уроинфекций к антагонистическому действию лактобацилл | 82 |
| Х.М. Тихане, Э.И. Сепп. Преподавание урологии на медицинском факультете Тартуского госуниверситета ... | 84 |
| И.С. Бельчиков. Некоторые аспекты гормонотерапии рака предстательной железы | 86 |