

ԶԱՐԿԵՐԱԿԱՅԻՆ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱՅԻ ՏԱՐԱՇՎԱՇՈՒԹՅՈՒՆԸ ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ
ՎԵՌՆԱՀԱՆՔԱՅԻՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ ԶԲԱՂՎԱՇ ԲԱՆՎՈՐՆԵՐԻ ՄՈՏ

Ուսումնասիրված է զարկերակային հիպերտոնիայի տարածվածությունը Հայաստանի լեռնահանքային արդյունաբերության մեջ զբաղված բանվորների մոտ: Հաստատված են զարկերակային հիպերտոնիայի տարածվածության որոշակի տարբերություններ Ագարակի և Քաջարանի պղնձամոլիբդենային կոմբինատի բանվորների մոտ՝ լեռնահանքային արդյունաբերության այլ ձեռնարկությունների բանվորների համեմատությամբ, որոնք չեն շփվում մոլիբդենի և նրա միացությունների հետ: Մոլիբդենը դիտվում է որպես զարկերակային հիպերտոնիայի զարգացման ռիսկի գործոններից մեկը:

G. A. NARGIZIAN, S. Sh. PAPOYAN

ON THE PREVALENCE OF ARTERIAL HYPERTENSION IN
WORKERS OF THE MINING PRODUCTION OF ARMENIA

The prevalence of arterial hypertension in workers of the Armenian mining production has been studied. Some differences have been observed among the workers of the copper-molibdenum plants of Agarak and Kadjaran and persons, having no contact with molibdenum. Molibdenum is considered to be one of the "risk factors" in the development of arterial hypertension.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бодалов Г. И., Багирова-Бодалова З. И. В сб. трудов Азерб. НИИ курортологии и физических методов лечения им. С. М. Кирова, вып. XIV. Баку, 1973, с. 27.
2. Кипшидзе Н. Н., Чумбуридзе И. Т., Самадашвили А. Г. и др. В кн.: Эпидемиология артериальной гипертензии и коронарного атеросклероза. М., 1969, с. 96.
3. Остапенко Т. В. Кардиол., 1980, 7, с. 99.
4. Ратнер Н. А. Кардиол., 1973, 6, с. 67.
5. Рывкин И. А., Маслова К. К., Игнатова Л. Н., Тяпина Л. А. В кн.: Эпидемиология артериальной гипертензии и коронарного атеросклероза. М., 1969, с. 123.
6. Томилина Л. А., Суворов А. И., Вознесенский Б. В. В сб.: Матер. III итоговой науч. конф. по вопросам гиг. труда и профпатологии в химической промышленности. Ереван, 1968, с. 103.

УДК 616.643—002—053.2

Г. А. БАИРОВ, А. С. БАБЛЮАН, Ю. И. ГОЛОВКО, И. Б. ОСИПОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УРЕТЕРОЦЕЛЕ
У ДЕТЕЙ

Изучены результаты лечения детей с эктопическим и ортотопическим уретероцеле. Установлено, что операцией выбора при эктопическом уретероцеле добавочного мочеточника является верхняя геминефроуретерэктомия. При сохраненной функции обоих сегментов удвоенной почки целесообразно применять пиелоуретероанастомоз с отведением мочи по основному мочеточнику. Первичное иссечение «кисты» можно выполнять только при ортотопическом уретероцеле малых размеров.

Уретероцеле—частая патология детского возраста. Однако до настоящего времени нет единого мнения о хирургической тактике при

уретроцеле у детей. Одни авторы предлагают производить трансвезикальное иссечение или трансуретральную электрорезекцию «кисты» в зависимости от ее размеров [3], другие отдают предпочтение верхней геминефроуретерэктомии в сочетании с трансвезикальной резекцией уретероцеле добавочного мочеточника при удвоении почек [1, 4]. Д. Д. Мурванидзе [2] производит антирефлюксную операцию с использованием стенок уретероцеле после предварительного рассечения суженного устья мочеточника. А. Л. Ческис, В. И. Виноградов, А. И. Тульцев [5] предлагают резекцию и реимплантацию мегауретера при ортотопическом уретероцеле, а при незначительном расширении мочеточника ограничиваются иссечением «кисты».

В клинике хирургии детского возраста Ленинградского педиатрического медицинского института за 19 лет (с 1965 по 1983 гг.) оперировано 109 детей с эктопическим (девочек—102, мальчиков—7) и 13—с ортотопическим уретероцеле (девочек—6, мальчиков—7). Большинство больных (79) были в возрасте до трех лет, что говорит о раннем проявлении заболевания. Эктопическое уретероцеле, как правило, наблюдалось при полном удвоении почки и мочеточника и принадлежало добавочному мочеточнику. Левосторонняя локализация «кисты» отмечена у 63, правосторонняя—у 40, двусторонняя—у 6 детей. Ортотопическое уретероцеле 7 раз наблюдалось слева и 6 раз—справа.

Диагностика уретероцеле при правильном проведении рентгенологических и инструментальных исследований не представляет трудностей. Рентгенологическим признаком эктопического уретероцеле является дефект наполнения мочевого пузыря округлой формы в сочетании с прямыми или косвенными признаками удвоенной почки, ортотопическое—так называемая «голова змеи», т. е. контрастное изображение извитого нижнего конца мочеточника с кистой на фоне заполненного мочевого пузыря. Цистоскопия позволяет окончательно подтвердить диагноз, определить истинные размеры и взаимоотношение уретероцеле с устьями и внутренним отверстием уретры. Наиболее рациональным функциональным тестом мы считаем радиоизотопные методы исследования почек.

В зависимости от размеров «кисты» выявленные уретероцеле добавочного мочеточника разделены нами на три группы: большие (больше 4 см в диаметре)—у 50, средние (2—4 см)—у 47, малые (менее 2 см)—у 12 детей. Пузырная локализация уретероцеле имела у 62, шеечная—у 29, уретральная—у 18 больных, причем у 9 из них наблюдалось выпадение уретероцеле из уретры.

В зависимости от выраженности уродинамических нарушений верхних мочевых путей, размеров и локализации нами выделено 3 степени уретероцеле. При 1 степени (63 детей) эктопическое уретероцеле имеет малые или средние размеры, пузырную или шеечную локализацию, причем шеечной «кисте» свойственны малые размеры. Отток мочи из соседнего или контрлатерального устья не нарушен. Имеет место лишь сегментарный уретерогидронефроз верхней половины удвоенной почки. Для эктопического уретероцеле II степени (34 детей) характерны большие размеры и в большинстве случаев пузырная локализация. «Киста»

сдавливает рядом лежащее устье, тем самым нарушает отток мочи из основного мочеточника. С течением времени растянутое устье теряет свою сократительную способность, и возникает пузырно-мочеточниковый рефлюкс в основной сегмент удвоенной почки (21 больной). Уретероцеле III степени (12 детей) характеризуется большими или средними размерами, шеечной или уретральной локализацией. При этом наблюдается двусторонний уретерогидронефроз, что соответствует картине инфравезикальной обструкции. Как видно из приведенных данных, при градации степеней уретероцеле имеют значение не только его размеры, но и локализация.

Ортотопическое уретероцеле, как правило, бывает небольших размеров и нарушает отток мочи только из соответствующего мочеточника. Для ортотопического уретероцеле характерно более позднее проявление клинических симптомов.

Хирургическое лечение уретероцеле у детей сводится к восстановлению пассажа мочи путем ликвидации «кисты» и коррекции уретерогидронефроза. У 109 детей с эктопическим уретероцеле произведено 135 операций. 11 больным было сделано первичное иссечение уретероцеле, однако впоследствии у большинства из них возник массивный пузырно-мочеточниковый рефлюкс, и, несмотря на произведенные реконструктивные операции, у 5 больных пришлось прибегнуть к вторичной нефроуретерэктомии, а у 1—к верхней геминефроуретерэктомии. На основании этого мы пришли к выводу, что нельзя ограничиваться только операцией иссечения «кисты» при эктопическом уретероцеле.

Ввиду частой дисплазии и значительной атрофии паренхимы верхнего сегмента удвоенной почки при эктопическом уретероцеле редко удается использовать пиелоуретеро- и уретероуретеростомию. При умеренном нарушении функции верхнего сегмента почки 7 детям был произведен пиелоуретероанастомоз и одному ребенку—уретероуретероанастомоз.

При сегментарном поражении удвоенной почки с сохранением функции нижней половины операцией выбора должна быть верхняя геминефроуретерэктомия с опорожнением уретероцеле путем отсасывания мочи через добавочный мочеточник. Эта операция произведена 81 раз у 78 больных (у троих с двух сторон). У детей младшего возраста можно пользоваться одним разрезом. Однако в возрасте старше трех лет даже косой поясничный разрез не позволяет выделить добавочный мочеточник до мочевого пузыря, затрудняя опорожнение «кисты». Поэтому мы применяем второй разрез (нижний срединный или параректальный). Подобная операция произведена у 31 больного.

При тотальном уретерогидронефрозе с отсутствием функции удвоенной почки произведена нефроуретерэктомия с опорожнением уретероцеле у 12 больных.

Следует отметить, что после операции верхней геминефроуретерэктомии и нефроуретерэктомии у 7 больных с большими размерами уретероцеле в разные сроки (от 6 месяцев до 3 лет) пришлось произвести вторичное иссечение «кисты» ввиду плохого ее сокращения или нагноения. Поэтому в последнее время мы прибегаем к одномоментному иссечению

больших уретероцеле при верхней геминефроуретерэктомии или нефроуретерэктомии.

У 13 больных с ортотопическим уретероцеле произведено 14 операций. Внутрипузырное иссечение «кисты» сделано у 9 из них, причем в одном случае вмешательство осложнилось массивным пузырно-мочеточниковым рефлюксом, часто рецидивирующим пиелонефритом и вторичным сморщиванием почки. Двум больным сразу была произведена нефроуретерэктомия из-за утраты функциональной способности почки. Дважды применена операция внепузырного рассечения стенозированного устья вместе с уретероцеле с антирефлюксной защитой по Грегуару.

Отдаленные результаты хирургического лечения эктопического уретероцеле изучены у 82 детей в срок от 1 года до 10 лет. Обследованы 55 человек после верхней геминефроуретерэктомии (из них трое после двусторонней), 14—после нефроуретерэктомии (первичной и вторичной), 7—после пиелоуретероанастомоза и 6—после первичного иссечения уретероцеле. Хороший результат получен у 53: в 37 случаях после верхней геминефроуретерэктомии (у троих двусторонней), в 4—после пиелоуретероанастомоза и в 12—после нефроуретерэктомии. Дети здоровы, жалоб не предъявляют, хорошо развиваются. Анализы крови и мочи нормальные. Хорошие результаты подтверждены рентгено-радиологическими исследованиями. При цистоскопии уретероцеле не обнаружено.

У 21 ребенка отмечен удовлетворительный результат: в 15 случаях после верхней геминефроуретерэктомии, в 3—после пиелоуретероанастомоза, в 2—после нефроуретерэктомии и в 1—после первичного иссечения уретероцеле. При клиническом обследовании несмотря на хорошее общее состояние у них выявлена лейкоцитурия. Причинами пиурии явились остаточное уретероцеле (7), длинная культя мочеточника (5) и пузырно-мочеточниковый рефлюкс в основной мочеточник (3). Соответственно произведены внутрипузырное иссечение уретероцеле, удаление культи мочеточника, антирефлюксная операция по Грегуару. В двух случаях причиной лейкоцитурии была врожденная патология контрлатеральной почки, которая также потребовала корригирующей операции. У больных с пиелоуретероанастомозом (3) и первичным иссечением маленького уретероцеле (1) продолжался хронический пиелонефрит.

Плохой результат получен у 8 детей. У троих из них неудача имела место после верхней геминефроуретерэктомии. Ее причиной явилась переоценка функциональной способности нижнего сегмента при тотальном уретеропидронефрозе. У других пяти больных было произведено первичное иссечение уретероцеле, после чего развился пузырно-мочеточниковый рефлюкс, хронический пиелонефрит и вторичное сморщивание почки. Всем больным была произведена вторичная нефроуретерэктомия.

Отдаленные результаты лечения ортотопического уретероцеле изучены у 8 детей. Они оказались хорошими у 7 человек после внутрипузырного иссечения «кисты» малых размеров и плохими у одной девоч-

ки после иссечения большого уретероцеле. Ей пришлось произвести вторичную нефроуретерэктомия из-за сморщивания почки вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Таким образом, анализ результатов лечения показал, что хирургическая тактика при эктопическом уретероцеле у детей зависит от его степени и размеров, а также морфофункционального состояния почки и мочеточника. Операцией выбора является верхняя геминефроуретерэктомия из двух разрезов с опорожнением «кисты» через добавочный мочеточник и полной экстирпацией последнего. При больших размерах «кисты» целесообразно одновременно с верхней геминефроуретерэктомией произвести радикальное иссечение уретероцеле. При сохраненной функциональной способности обоих сегментов удвоенной почки можно с успехом применять пиелоуретероанастомоз с отведением мочи по основному мочеточнику. Первичное иссечение «кисты» можно выполнять только при ортотопическом уретероцеле малых размеров.

Кафедра хирургии детского возраста
Ленинградского педиатрического ме-
дицинского института

Поступила 6/IX 1984 г.

Գ. Ա. ԲԱՐՈՎ, Ա. Ս. ԲԱԲԼՅԱՆ, ՅՈՒ. Ի. ԳՈԼՈՎԿՈ, Ի. Բ. ՕՍԻՊՈՎ

ՎԻՐԱՔՈՒԺԱԿԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՄՈՏ ՈՒՐԵՏԵՐՈՑԵԼԻ ԴԵՊԵՆԴ

Երկխանների էկտոպիկ ուրետերոցելի ժամանակ վիրաբուժական միջամբ-
տության արդյունքների ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ «բուլշտի»
փոքր և միջին չափսերի դեպքում նպատակահարմար է վերին հեմինեֆրոու-
րետերէկտոմիան, որի ժամանակ մեզի արտածծումը «բուլշտից» կատարվում է
հավելյալ միզածորանի միջով:

Ուրետերոցելի մեծ չափսերի դեպքում հեմինեֆրոուրետերէկտոմիայի
հետ միասին անհրաժեշտ է կատարել «բուլշտի» հատում:

Եթե երկխանների երկու հատվածների գործունեությունն էլ պահպանված
է, նպատակահարմար է կիրառել պիելոուրետերոանաստոմոզ:

Օրթոտոպիկ ուրետերոցելի փոքր չափսերի դեպքում կարելի է կատարել
նրա պաշնային հատում, իսկ մեծ չափսերի դեպքում պետք է այս վիրահա-
տությունը լրացնել միզածորանի հակառեֆլյուքսային պաշտպանությամբ:

G. A. BAIROV, A. S. BABLOYAN, Yu. I. GOLOVKO, I. B. OSIPOV

SURGICAL TACTICS IN URETEROCELE IN CHILDREN

The detailed analysis of the incidence, forms and kinds of uretero-
cele in children is given. Depending on the expressiveness of urodyna-
mic disturbances of the upper urinary tracts, sizes and localization of the
„cysts“, three degrees of ectopic ureterocele are established. The critical
evaluation of different surgical corrections of this pathology is given.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Долецкий С. Я., Румянцева Г. Н., Королькова И. А., Шанидзе В. В. Урол. и нефрол., 1978, 1, с. 10.
2. Мурванидзе Д. Д. Урол. и нефрол., 1983, 2, с. 26.

3. Румянцева Г. Н., Латышев М. М. Урол. и нефрол., 1977, 1, с. 31.
4. Терещенко А. В. Урол. и нефрол., 1977, 1, с. 33.
5. Ческис А. Л., Виноградов В. И., Тульцев А. И. Урол. и нефрол., 1983, 4, с. 33.

УДК 616.94—022.7 : 539.62

А. М. МИНАСЯН, Л. С. МАНАСЯН

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАВИТАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ СРЕДАХ В КОМПЛЕКСЕ С ЭКСТРЕННОЙ ИММУНИЗАЦИЕЙ СТАФИЛОКОККОВЫМ АНАТОКСИНОМ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕ- ОПЕРАЦИОННОЙ ИНФЕКЦИИ

С целью снижения частоты послеоперационных раневых осложнений применялось ультразвуковое озвучивание операционных ран. В качестве рабочего раствора использовались фурацилин и 30% мочевины. Проводилась также экстренная иммунизация больных стафилококковым анатоксином.

Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться в центре внимания хирургов и эпидемиологов [1, 7, 10—12]. Разрабатываются все новые методы профилактики нагноений послеоперационных ран [8].

Проведенные нами клинические наблюдения и бактериологические исследования позволили прийти к выводу, что низкочастотное ультразвуковое озвучивание ран для профилактики и лечения послеоперационных нагноений результативно, дает хороший бактерицидный и бактериостатический эффект, значительно снижает частоту раневых осложнений и сроки лечения больных в стационаре.

С целью профилактики послеоперационных нагноений ран нами применялись ультразвуковая кавитация в различных средах антисептиков, экстренная иммунизация стафилококковым анатоксином и комплексный метод. Эти методы применены у 348 больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, оперированных в неотложном порядке. Возраст больных колебался от 15 до 70 лет. Контрольную группу составили 363 аналогичных больных. Распределение больных по нозологическим единицам приведено в таблице.

Т а б л и ц а

Нозология	Контроль- ная группа	Больные, у которых применены профилактические методы
Острый аппендицит	262	241
Острый холецистит	32	27
Ущемленная грыжа	21	18
Острая кишечная непроходимость	17	15
Прочие	31	47

В доступной литературе мы не встретили данных о применении растворов мочевины в качестве озвучиваемой среды при использовании