

лось лечение либо изменялась его методика кем-нибудь из врачей, к которым больной в дальнейшем обращался.

Известно, что У. Пенфилд, М. Я. Серейский, Е. С. Ремезова, С. П. Воробьев и многие другие настаивают, чтобы лечение эпилепсии продолжалось не менее трех-пяти лет, а иногда и больше. Идея длительной «поддерживающей» терапии получает все более широкое признание не только у психоневрологов, но и у интернистов и у врачей других специальностей. Лечение эпилепсии вообще является в основном «поддерживающим». Эпизодический, нерегулярный прием противосудорожных средств, равно как и неадекватная их дозировка приносят нередко больше вреда, чем пользы.

В заключение мы хотели бы подчеркнуть, что указанные выше результаты лечения получены у больных с преобладанием тяжелых форм эпилепсии, до этого уже пользовавшихся различными противосудорожными средствами. В свежих случаях эффективность лечения может быть еще выше.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л. и Хализева Е. К. Журн. невропатол. и псих. 1955, 5. — 2. Бехтерев В. М. Невролог. вестн. 1894, т. 2, 3. — 3. Бродский Ф. И. Журн. невропатол. и псих. 1955, 9. — 4. Воробьев С. П. В кн.: «Вопросы психиатрии и невропатол.» Научн. о-во невропатологов и психиатр., Л., 1958, вып. 3. — 5. Канторович Н. В. Цит. Л. М. Лопухина в кн.: Тр. межреспубликанской конф. психиатр. и невропатол. Казахстана и респ. Ср. Азии, Министерство здравоохранения Казахской ССР, Кызыл-Орда, 1958. — 6. Карманова Е. И. Невропатол. и псих. 1950, 5. — 7. Марков Д. А., Гельман Т. М. Эпилепсии и их лечение, Изд-во АН БССР, Минск, 1954. — 8. Mendel. Цит. Минор Л. С. «Лечение нервных болезней». Биомедгиз, М. — Л., 1935. — 9. Пенфилд У., Эрикссон Т. Эпилепсия и мозговая локализация. Медгиз, М., 1949. — 10. Плотицер А. И. Журн. невропатол. и психиатр., 1957. Приложение. — 11. Ремезова Е. С. Методическое письмо о лечении больных эпилепсией в амбулаторных условиях. Гос. научно-иссл. ин-т психиатрии МЗ РСФСР, М., 1957. — 12. Серейский М. Я. Журн. невропатол. и псих. 1955, 9. — 13. Он же. В кн.: «Проблема эпилепсии», Медгиз, М., 1959. — 14. Соколянский Г. Г. и Ключиков В. Н. Журн. невропатол. и псих. 1955, 5. — 15. Sieveking. Цит. Michalski T. Padaczka, PZWL, Warszawa, 1959.

Поступила 10 августа 1962 г.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Проф. И. Ф. Харитонов

Факультетская хирургическая клиника им. А. В. Вишневского (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

Диагностика камней мочеточников вне приступов колик при возможности применения современных урологических методов обследования больных (обзорная рентгенография мочевой системы, экскреторная и ретроградная урография, хромоцистоскопия, катетеризация мочеточников и др.) не является трудной. Однако довольно большое число ошибок, допускаемых при распознавании этого заболевания в период колик, заставляет нас обратить внимание на диагностику камней мочеточника и выяснить причины, ведущие к ошибкам при распознавании этого болезненного процесса.

Указания на диагностические ошибки при камнях мочеточников имеются в работах А. В. Гораш (1922), А. И. Маянц (1927), Л. Н. Погожевой (1945), М. Д. Джавад-Заде (1961), А. Я. Пытель и М. Д. Джавад-Заде (1962), И. Г. Рабинович (1962) и др.

Особенно большой процент ошибок наблюдается при дифференциальном диагнозе камней мочеточников и аппендицита. По данным А. В. Гораш, 33,3% больных с уретеролитиазом, находившихся под его наблюдением, были прежде оперированы по поводу «аппендицита», А. И. Маянц указывает на 22,2% больных с камнями мочеточников, у которых было произведено удаление червеобразного отростка, из 1839 больных с камнями мочеточников, наблюдавшихся М. Д. Джавад-Заде в урологической клинике II Московского медицинского института и других учреждений, 211 были доставлены с диагнозом «острый аппендицит».

На большой процент ошибок при распознавании камней мочеточников указывает И. Г. Рабинович (1962). По его данным, из 223 больных с камнями мочеточников, поступивших в две больницы г. Таганрога, 95 больных были подвергнуты необоснованным операциям. Из них у 78 был диагностирован острый или хронический аппендицит, у 8 — холецистит, у 8 — кишечная непроходимость, у 1 больной — гидро-нефроз.

Задачей нашего исследования является выяснение причин, вызывающих ошибочную диагностику при камнях мочеточников, и уточнение методики правильного распознавания этого заболевания. Мы располагаем наблюдениями над 186 больными (мужчин — 98, женщин — 88) с уретеролитиазом, находившихся на стационарном лечении в факультетской хирургической клинике им. А. В. Вишневского Казанского медицинского института за период с 1951 по 1962 гг. В возрасте от 2 до 16 лет было 8 больных, от 17 до 30 — 61, от 31 до 50 лет — 94, старше — 23.

Локализация камней в мочеточниках: правый — 93, левый — 93, верхняя треть — 9, средняя треть — 24, тазовый отдел — 140. В обоих мочеточниках — 4. Сочетанные камни тазового отдела мочеточника и лоханки: односторонние — 3, разносторонние — 6.

Вследствие того, что наша клиника не имеет отделения по оказанию экстренной хирургической помощи, большинство больных с камнями мочеточников были приняты вне острого приступа. Благодаря этому мы почти у всех больных имели возможность применить для диагностики все употребляемые в настоящее время методы урологического обследования.

Большое значение для постановки правильного диагноза имеют анамнестические указания больных на кратковременные коликообразные боли, появляющиеся после быстрых движений, иррадиирующие в поясничную область, низ живота, промежность, половые органы, бедро. Обычно эти болевые ощущения сопровождаются рядом дизурических расстройств, выражающихся учащением мочеиспускания или безрезультатными позывами на мочеиспускание (реноваскулярный рефлекс по С. П. Федорову). У большинства больных были более или менее значительные изменения в моче (микрогематурия у 80, пиурия у 65 больных).

Ускорение РОЭ наблюдалось у 54 больных, лейкоцитоз до 9000—14000 у 31.

Причиной, вызывающей лейкоцитоз, ускорение РОЭ и небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево, очевидно, является пиелонефрит, возникающий вследствие затруднения оттока мочи по мочеточнику, в просвете которого находится камень.

Неправильная оценка характера болевых ощущений у больных, данных лабораторных исследований крови, игнорирование анамнестических указаний и поверхностное обследование больных являлись причиной ошибок в направлении диагноза у ряда больных, поступивших в клинику.

18 (9,8%) больных из 186 подверглись до поступления в клинику операции удаления червеобразного отростка с диагнозом «острый аппендицит», 22 (11,8%) направлены в клинику с диагнозом «хронический аппендицит», 10 (5,3%) лечились как болеющие холециститом, у 4 (2,1%) была диагностирована острая кишечная непроходимость, причем один из них был подвергнут операции чревосечения в больничном учреждении г. Казани, одна больная перенесла лапаротомию в районной больнице по поводу «прободной язвы желудка», одна поступила с диагнозом «опухоль прямой кишки»; один больной поступил с диагнозом «острый панкреатит»; ряд больных до поступления в клинику лечились от «радикулита».

Все дети до 10-летнего возраста, болевшие уретеролитиазом, получали длительное лечение по поводу различных заболеваний желудочно-кишечного тракта («глистная инвазия», «хронические колиты» «холециститы» и т. п.).

Большую роль в происхождении ошибок при трактовке симптомов камней мочеточников играет незнание широким кругом практических врачей нервнорефлекторных связей мочеточника с органами желудочно-кишечного тракта.

Как известно, мочеточник обладает сложной иннервацией. Генле (1896), Краузе (1879), Салпей (1874), С. А. Протопопов (1896) и др. указывают, что иннервация мочеточников осуществляется за счет ветвей от почечного, семенникового, пузырного и нижнебрыжеечного сплетений. А. И. Максименко (1949) отводит основную роль в иннервации почек и мочеточников почечному сплетению, чревому нерву, ветвям от пограничного ствола симпатического нерва, солнечного, аортального, верхне- и нижнебрыжеечного сплетения. К тазовому отделу мочеточников подходят веточки от нервных сплетений мочевого пузыря, семенникового сплетения и прямой кишки. В. А. Белянский (1948) методом перерезки нервов доказал, что в иннервации мочеточников принимает участие блуждающий нерв. Сотрудник нашей клиники М. И. Маврин (1962) доказал участие в иннервации мочеточников поясничного заднекорешкового сплетения спинного мозга. А. Догель (1878), Сатони (1919), Б. И. Кордасевич (1925), Ю. Н. Пытель (1955), В. А. Шабаш (1934) описали многочисленные ганглиозные аппараты и сплетения в различных отделах мочеточника.

Чувствительные нервные аппараты (рецепторы) в гладких мышцах лоханки и мочеточника впервые в 1901 г. были описаны А. Е. Смирновым. Л. И. Петрякова (1951) наблюдала рецепторы мочеточника в форме «кустиков» в слизистой оболочке, мышцах и в стенках его кровеносных сосудов.

Обстоятельное описание рецепторов мочеточника и интрамуральных двигательных аппаратов в виде клеток Догеля I и II порядка дал Ю. Н. Пытель (1955). Последующие исследования рецепторных образований мочеточника И. В. Макаренко, К. С. Шевчук, Сержонин (1958, 1959, 1960) показали, что нервно-рецепторные окончания содержатся во всех слоях и по всему протяжении мочеточников, будучи наиболее выраженными в их тазовых отделах.

Наши физиологические исследования (1957) показали важную роль нервно-рецепторных образований мочеточников в их моторной функции. Раздражение рецепторных образований мочеточников в экспериментах на животных вызывало резкое усиление сокращений мочеточников, выключение же чувствительных нервных окончаний путем введения в просвет мочеточника анестезирующих веществ вело за собой длительную атонию мочеточников. Экспериментальные исследования на собаках ординатора нашей клиники Ю. С. Боголюбова показали, что раздражения рецепторов мочеточника путем повышения давления в них вызывают рефлекторную атонию желудка, двенадцатиперстной кишки и различных отделов тонкого и толстого кишечника.

Исходя из полученных результатов экспериментальных исследований, можно полагать, что сильные и длительные раздражения нервно-рецепторных аппаратов мочеточника продвигающимся по просвету мочеточника конкрементом, особенно по наиболее иннервированному тазовому отделу, вызовут рефлекторную адекватную атонию желудочно-кишечного тракта, которая может быть оценена как острая механическая кишечная непроходимость. Рефлекторная передача болевых импульсов из мест раздражения рецепторных полей мочеточника продвигающимся по его просвету камнем может быть причиной появления болей, по своему местоположению характерных для острого аппендицита, холецистита, прободной язвы желудка, поясничного радикулита и других заболеваний.

Во избежание ошибочной диагностики и одновременно патогенетической терапии уретеролитиаза в момент колик важную роль может сыграть поясничная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому и анестезия семенникового сплетения по М. Ю. Лорин-Эпштейну. Введенный по этим методам новокаиновый раствор путем перерыва нервно-рефлекторных связей мочеточника избавляет больного от чрезвычайно мучительных болей, иррадиирующих в различные отделы желудочно-кишечного тракта. Это прекращение или резкое ослабление болей после применения вышеуказанных новокаиновых блокад может значительно облегчить правильное распознавание мочеточниковой колики.

В то же время данное мероприятие, вызывая прекращение рефлекторного спазма мышц мочеточника, способствует отхождению небольшого камня в мочевой пузырь и через уретру наружу. Обязательное лабораторное исследование мочи даст возможность заподозрить наличие конкремента в мочевой системе. Рентгеновский обзорный снимок всех отделов мочевой системы в сочетании с экскреторной и ретроградной урографией, катетеризация мочеточников, хромоцистоскопия позволят точно распознать местоположение камня в мочеточнике.

Поступила 23 сентября 1963 г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ ШЕЙКИ МАТКИ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССОВ

Канд. мед. наук Л. И. Кротова

Институт онкологии АМН СССР (дир. — действ. чл. АМН СССР проф.
А. И. Серебров). Ленинград

Современное состояние профилактики предраковых заболеваний шейки матки нельзя признать удовлетворительным. До сих пор еще не все акушеры оценивают должным образом необходимость наложения швов на разрывы шейки вскоре после родов, а главное не всегда тщательно и анатомически правильно производят эту операцию в родовспомогательных учреждениях.

Для оценки степени разрыва шейки нами была предложена классификация по аналогии со степенями разрывов промежности. К разрывам I ст. мы относим разрывы слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, начинающиеся от краев наружного зева; ко II ст. — разрывы, идущие во всю длину влагалищной части (по боковым направлениям) и захватывающие все ткани шейки матки. К разрывам III ст. — глубокие разрывы шейки, переходящие по боковым направлениям на надвлагалищную часть, своды влагалища и иногда проникающие в околошеечную клетчатку.