

руют желчь из правой доли, и выключение их неизбежно привело бы к застою желчи и циррозу в тех или иных отделах правой доли.

Таким образом, дополнительных протоков в правой доле не существует, и едва ли можно пользоваться ранее применявшимся в литературе термином «дополнительный» или «добавочный» по отношению к желчным протокам правой доли.

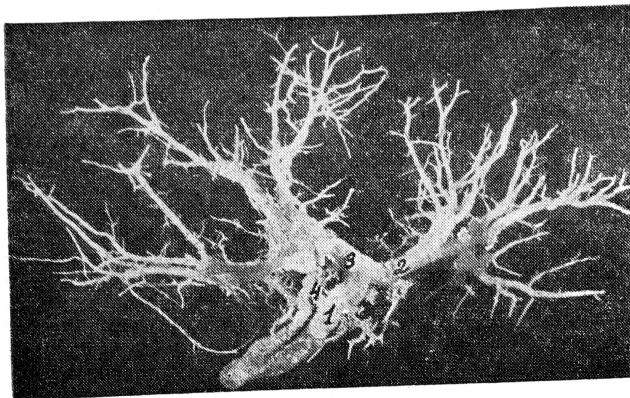


Рис. 2.

Общий печеночный проток (1) формируется дихотомически из слияния левого печеночного (2) и передне-верхнего протока правой доли (3). Правый печеночный проток как основной ствол отсутствует и заменяется двумя протоками: передне-верхним (3) и задне-нижним (4). Задне-нижний проток правой доли (4) впадает в общий печеночный (1) проток.

Что касается левой доли, то при обследовании наших 200 препаратов мы не нашли в ней каких-либо дополнительных протоков. Мы смогли только подтвердить результаты всех авторов, изучавших распределение желчных путей левой доли.

Интересно отметить, что желчные протоки квадратной и хвостатой долей могли впадать во внепеченочные желчные пути, подобно тем протокам правой доли, которые раньше назывались дополнительными. Так, например, на 3 препаратах проток, дренирующий желчь из квадратной доли, впадал в общий печеночный проток. На одном препарате в общий печеночный проток впадал желчный проток хвостатой доли.

Констатация отсутствия дополнительных протоков в печени имеет практическое значение. Все внутрипеченочные желчные протоки равноценны в том смысле, что они дренируют желчь из соответствующих отделов печени. Это делает особо ответственной задачу хирурга, проводящего операцию на печени и системе желчевыводящих путей. Желчные протоки, впадающие в систему внепеченочных желчевыводящих путей, ни в коем случае не должны повреждаться: это может привести к выключению дренирования желчи с вытекающими отсюда осложнениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лурье А. Вестн. хир., 1933, 2. — 2. Сосновик И. И. Анатомия внутрипеченочных желчных путей и ее значение для хирургии. Автореф. докт. дисс., Л., 1962. — 3. Фишман Л. Г. и Кревер А. Н. Вестн. рентгенол., 1930, 1. — 4. Buussens N. Acta Anatomica, 1959, 38, 1—2, 63—78. — 5. Couinaud C. Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris, 1957, 530 (Les voies biliaires intra-hepatiques). — 6. Healey a. Schroy P. C. Arch. Surg., 1953, 66, 5, 599—616.

УДК 616.613—003.7—039.31—616—089.5—031.84

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИТАЗОВОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ¹

В. Е. Кузьмина и Б. И. Зак

Кафедра урологии (зав. — доктор мед. наук В. Е. Кузьмина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Предложенная Л. Г. Школьниковым и В. П. Селивановым (1955) внутритазовая анестезия при переломах таза относится к разновидностям новокаиновой блокады. Она нашла широкое применение в травматологии.

¹ Доложено на XVI научной сессии Института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Казань, 1965.

Методика блокады. На 2 см кнутри от передне-верхней ости подвздошной кости после анестезии кожи тонкой иглой вводят длинную иглу на глубину 12—14 см, посылая ее продвижению раствор новокаина. Игла должна идти параллельно подвздошной кости, скользя по ней. 0,25% раствор новокаина, подогретый до 22—24°, вводят медленно в количестве 250—300 мл. Раствор попадает в фасциальное ложе пояснично-подвздошной мышцы, проникает кверху до II—III поясничных позвонков, омывает на стороне введения передне-боковую поверхность поясничного отдела позвоночника и ветви поясничного отдела симпатического ствола, участвующие в иннервации мочеоточника и лоханки (М. Г. Мамиш, Г. А. Рихтер). Далее раствор инфильтрирует тазовую клетчатку и нервные сплетения тазовой области, которые, восходя краниально, принимают участие в иннервации мочеоточника и лоханки (М. Г. Мамиш). Распространяясь по фасциальному вместилищу пояснично-подвздошной мышцы, раствор новокаина создает как бы «ванну» для нервов и их окончаний (А. П. Быстров, А. А. Вишневский, В. П. Карабицын, Ф. С. Ненилин).

Следовательно, прямыми показаниями для внутритазовой блокады могут служить патологические процессы, возникающие в мочевыводящих путях в связи со спазмом гладкой мускулатуры.

Мы применили данную блокаду при остром приступе почечной колики. Даже при различии причин, вызывающих почечную колику, в патогенезе последней особое значение имеет резкий сегментарный спазм мускулатуры мочеоточника, лоханки, почечных чашечек (А. Я. Пытель, И. П. Погорелко), с чем и связана успешность применения при ней новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому.

Как известно, больные с приступом почечной колики нуждаются в неотложных мероприятиях. К наиболее распространенным из них относятся: инъекции наркотических, спазмолитических средств, горячая ванна, анестезия семенного канатика или круглой маточной связки по М. Ю. Лорин-Эпштейну, окопическая новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, эндовезикальные манипуляции.

Настоящее предварительное сообщение основано на 50 наблюдениях над больными с почечной коликой с резко выраженным болевым синдромом. Мужчин было 28, женщин 22. Больные были в возрасте от 18 до 57 лет.

Правосторонняя почечная колика наблюдалась у 27 чел., левосторонняя — у 23. Первый приступ был у 19, повторный у 31 чел. Длительность приступа до блокады была от 45 мин. до 11 часов. Симптом Пастернацкого на стороне поражения был резко положительным у 36 чел., положительным у 14. Эритроциты в моче (от единичных до 40—50 в поле зрения) найдены у 46 чел. Пиурия была у 14. Боли иррадиировали в паховую область, мошонку, бедро у 38 чел. Дизурию отмечали 12 чел.

Всем нашим больным на высоте приступа была произведена внутритазовая блокада. В результате блокады острый приступ почечной колики купировался у всех. Уже в процессе введения раствора новокаина (60—100 мл) боли стали менее интенсивными, а затем прекратились у 42 чел. У остальных боли стихли через 20—40 мин. после блокады. Боли совсем прекратились у 46 чел. 4 больных через 6—24 час. отмечали тупые боли в поясничной области. За время пребывания больных в стационаре приступ почечной колики не повторился у 44 чел.

При рентгенологическом обследовании обнаружена тень, подозрительная на конкремент, у 29 чел. (в почечной лоханке у 2, в верхней трети мочеоточника у 7, в средней трети у 5, в нижней — у 15). У 22 чел. тень конкремента была с просяное зерно. Отхождение камней за период пребывания больных в стационаре наблюдалось у 16 чел., у 14 из них — в первые двое суток после блокады.

Индигокарминовая проба, проводившаяся через 6—15 час. после блокады, была нормальной у 3 чел., замедленной у 16, отсутствовала в течение 15 мин. наблюдения у 31 чел. У 3 больных через 1,5—3 часа после блокады повторился приступ на стороне первичного поражения, правда он был менее интенсивным. Рентгенологически у них определялось смещение тени конкремента на 5—14 см вниз по мочеоточнику. У 2 из них в первые сутки после блокады отошли камни.

Таким образом в число мероприятий, проводимых для купирования острого приступа почечной или мочеоточниковой колики, мы рекомендуем включить внутритазовую новокаиновую блокаду. Она особенно показана в ургентной практике, когда дежурный хирург не владеет техникой эндовезикальных манипуляций, а вышеперечисленные мероприятия оказываются неэффективными.

Внутритазовая блокада, на наш взгляд, может применяться перед оперативными вмешательствами на мочеоточнике, лоханке, мочевом пузыре с целью достижения хорошей анестезии.

Наблюдения за 16 больными с острым аппендицитом (у 3 — с катаральной формой, у 11 — с флегмонозной, у 2 — с гангренозной), которым до операции была произведена внутритазовая блокада, навели нас на мысль о ее дифференциально-диагностической ценности при остром аппендиците и правосторонней почечной колике. У 14 больных клиническая картина острого аппендицита через 1—2 часа после блокады оставалась прежней. Остальные чувствовали некоторое облегчение, но все же отмечали наличие боли в правой подвздошной области.

В. Ю. Кесслер (1960), применяя данную блокаду для дифференциальной диагностики между забрюшинными гематомами и внутрибрюшными повреждениями, считает, что «она снимает шок, но не затемняет явлений перитонита».

Внутритазовую блокаду мы начали применять и при цисталгии, ночном недержании мочи, воспалительных заболеваниях мочевого пузыря, послеоперационной «рефлекторной» анурии, а также перед операциями на лоханке, мочеточнике, мочевом пузыре.

Осложнений от применения внутритазовой блокады мы не наблюдали. АД, бывшее повышенным на высоте приступа у 33 чел. (от 130/90 до 160/100), через сутки после купирования приступа снизилось до нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Быстров А. П., Вишневский А. А., Карабицин В. П., Ненилин Ф. С. Сб. раб. хир. клиник Казанского мед. ин-та. 1932, т. 1.— 2. Кесслер В. Ю. Вестн. хир., 1960, 5.— 3. Мамиш М. Г. Сб. научн. раб. каф. гистол. Казанского мед. ин-та, вып. 4, 1957, Казань.— 4. Пытель А. Я., Погорелко И. П. Основы практической урологии. Ташкент, 1964.— 5. Цодыкс В. М. Переломы таза и их лечение с применением внутритазовой анестезии. Автореф. канд. дисс., Алма-Ата, 1960.— 6. Школьников Л. Г., Селиванов В. П. Вестн. хир., 1955, 5.

УДК 616.61—616—072.7

ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК С ПОМОЩЬЮ ГИППУРАНА- I^{131}

Л. А. Лецинский и В. В. Трусов

*Кафедра госпитальной терапии (и. о. зав. — доц. Л. А. Лецинский) Изжевского
медицинского института*

Возможность отдельного исследования функционального состояния почек с помощью радиоизотопного метода представляет большой практический интерес.

Разработанный Tarlin и соавт. (1956) метод радиоизотопной ренографии получил за рубежом широкое распространение. Результаты исследования функционального состояния почек с помощью меченых соединений положительно оценены и в нашей стране (Н. Н. Ходарев, А. А. Крамер, 1963, 1966; И. М. Эпштейн, В. Г. Спесивцева, Ю. Я. Глейзер и А. Л. Аксельдорф, 1965). При этом применялись урокон, гипак, миокон, кардиотраст, ренографин, гиппуран, меченые I^{131} . Все эти соединения преимущественно поглощаются и выделяются из организма почками.

Как показали исследования отечественных и зарубежных авторов, наилучшие результаты получаются при применении гиппурана- I^{131} (натриевая соль ортоидогиппуровой кислоты), поскольку это соединение, в отличие от других, применяемых с аналогичными целями, не поглощается печенью.

Нами проведено исследование функционального состояния почек с помощью гиппурана- I^{131} у 83 чел. У 12 больных диагностирован хронический диффузный нефрит, у 9 — хронический пиелонефрит (с билатеральным поражением почек), у 46 — гипертоническая болезнь. Контрольную группу составили 16 здоровых лиц.

Гиппуран- I^{131} активностью в 5 μ C мы вводили внутривенно. Два скинтилляционных датчика центрировались на область почек со стороны спины. Информацию, поступающую от датчиков, регистрировали на двух пересчетных системах ПС-10 000. Измерения первоначально производили каждые 30 секунд, а по достижении уровня максимального накопления гиппурана- I^{131} почками — через каждую минуту до полного выделения меченого соединения.

На основании полученной информации строили график (рис. 1). Кривая, характеризующая функциональное состояние почек, состоит из 3 сегментов. Начальный крутой подъем (AB) отражает состояние почечных сосудов («васкулярный сегмент»). Более плавный подъем кривой (BC), который наблюдается при одновременном понижении радиоактивности крови, соответствует секреторной фазе («тубулярный» или «паренхиматозный» сегмент). Спад кривой (CD) позволяет оценить характер выделения меченого соединения почками («экскреторный сегмент»).

У здоровых лиц начальный крутой подъем кривой, по нашим данным, продолжается в течение 30 сек. (время заполнения гиппураном- I^{131} сосудистого русла почки). Переход меченого соединения в тубулярную часть занимает 2—4 мин., что выражается на графике менее крутым подъемом кривой. Выделение гиппурана- I^{131} у здоровых лиц обычно происходит за 20—25 мин.

У больных хроническим нефритом и хроническим пиелонефритом наблюдаются изменения в характере ренографической кривой, проявляющиеся в удлинении «тубулярного» (5—7 мин.) и «экскреторного» сегментов (32—45 мин.), а также в снижении высоты кривой по сравнению с нормальными показателями (рис. 2).