

К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ

Б. И. Зак

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

Особое место в проблеме диагностики острого аппендицита занимает его дифференциация от патологических изменений правой почки и мочеточника. По данным В. А. Гораш (1922), А. И. Маянца (1927), А. Я. Пытель, М. Д. Джавад-Заде (1964), М. И. Рыбинник (1966), число аппендэктомий при правостороннем уролитиазе составляет от 20 до 43%. На трудность дифференциальной диагностики острого аппендицита и почечной колики указывали Г. Мюндор, Ю. Ю. Джанелидзе и др. Из ряда причин, вызывающих ошибки в дифференциальной диагностике этих часто встречающихся заболеваний, И. Ф. Харитонов (1964) выделяет недостаточное знакомство практических врачей с нервно-рефлекторными связями мочеточника и органов желудочно-кишечного тракта. И. М. Надежина (1962) считает, что одной из причин диагностических ошибок является наличие в правой подвздошной области второго физиологического сужения мочеточника. Патологические изменения, возникающие в этой части мочеточника, иногда сопровождаются парезом кишечника рефлекторного характера и могут имитировать острые заболевания органов брюшной полости.

Почечная колика, по данным ряда авторов, может протекать в 10—30% без патологических изменений со стороны мочи. Иногда на первый план при почечной колике выступают явления рефлекторного пареза кишечника, напряжения мышц передней брюшной стенки и даже симптомы раздражения брюшины. В то же время ретроцекальное, ретроперитонеальное или тазовое расположение червеобразного отростка, если верхушка последнего соприкасается с мочеточником или мочевым пузырем, вызывает спазм мускулатуры мочевыводящих путей, который проявляется в расстройстве мочеиспускания, а в ряде случаев и в гематурии. Иногда скопившийся в полости таза выпот, сопровождающий острое воспаление червеобразного отростка, приводит к дизурии и микрогематурии.

При дифференциации между острым аппендицитом и почечной коликой таким показателем, как лейкоцитоз, ускоренная РОЭ, повышенная температура, в настоящее время не придают решающего значения [14, 16, 21]. Изменения в крови и повышение температуры могут зависеть от пиелосинусного, пиелопериваскулярного и пиеловенозного рефлюксов, наблюдаемых нередко при ущемлении конкремента в мочевыводящих путях [13]. Наиболее широко используются для дифференциации паранефральная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, блокада семенного канатика или круглой маточной связки по М. Ю. Лорин-Эпштейну и хромоцистоскопия. Однако и эти методы не всегда дают желаемый результат. Мнения исследователей разноречивы. Так, М. А. Ахундова и Т. А. Шахбазов считают, что паранефральная блокада по А. В. Вишневскому в 100% снимает болевой синдром при почечной колике. А. Г. Романенко, С. А. Ярославлев, А. И. Павлов предпочитают блокаду по М. Ю. Лорин-Эпштейну. К. М. Мурадян указывает, что блокада по А. В. Вишневскому неэффективна, если причина почечной колики исходит из нижней половины мочевыводящих путей, а блокада по М. Ю. Лорин-Эпштейну не дает эффекта, если причина исходит из верхней половины мочевыводящих путей.

Хромоцистоскопия является, безусловно, ценным подспорьем в дифференциальной диагностике [1], но, к сожалению, не всегда может быть выполнена.

Мы хотим поделиться своими наблюдениями над действием внутритазовой блокады при почечной колике и для дифференциальной диагностики ее с острым аппендицитом. Внутритазовую новокаиновую анестезию мы осуществляем по методике Л. Г. Школьниковой и В. П. Селиванова, предложивших ее для лечения больных с переломами костей таза (1955). Мы начали применять внутритазовую блокаду в урологической практике с 1964 г. Работ на эту тему в доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не встретили.

В иннервации почек и мочеточников принимают участие ветви почечного, семенного, пузырного, солнечного, аортального, верхнего и нижне-брыжеечного сплетений, чревной нерв, ветви пограничного ствола симпатического нерва, а также блуждающий нерв [3] и поясничное заднекорешковое сплетение спинного мозга [7]. Кроме того, к тазовому отделу мочеточника подходят веточки от нервных сплетений мочевого пузыря, семенного сплетения и прямой кишки. Изучение нейроморфологии верхних мочевых путей [12, 15, 24] позволяет условно разделить иннервацию верхних мочевых путей на нисходящую (почечную) и восходящую (пузырную). Нисходящая осуществляется за счет почечного сплетения и нервных волокон его симпатических ганглий, которые иннервируют почечные чашечки, лоханку и верхнюю треть мочеточника, восходящая — за счет нервных волокон, начинающихся от ганглий интрамуральной и

надпузырной части мочеоточника и ветвей семенного сплетения, которые, поднимаясь, иннервируют верхние отделы.

Раствор новокаина при внутритазовой анестезии, распространяясь по каналу пояснично-подвздошной мышцы кверху, контактирует с веточками поясничного отдела симпатического ствола. Распространяясь книзу, раствор инфильтрирует тазовую клетчатку, омывая нервные сплетения тазовой области, которые принимают участие в иннервации мочеоточника и достигают лоханки [8]. Таким образом раствор новокаина, омывая нервные волокна, по которым проходят интероцептивные патологические импульсы в кору головного мозга, прерывает патологическую дугу, и приступ почечной колики купируется.

С успехом применяя блокаду при остром приступе почечной колики, мы обратили внимание, что она неэффективна при острых воспалительных процессах органов брюшной полости, в частности при остром аппендиците. В. Ю. Кесслер (1960), используя данный метод анестезии для дифференциальной диагностики забрюшинных гематом и внутрибрюшинных повреждений, считает, что она снимает патологические рефлексы, исходящие из органов забрюшинного пространства, но не затемняет перитонеальных явлений при повреждении органов брюшной полости.

Мы разделили наших больных на 3 группы. В I гр. включены 37 больных с острым приступом почечной колики. Причиной приступа у большинства из них служили конкременты, располагающиеся в нижней трети правого мочеоточника (у 18), в верхней трети (у 6) или в правой почке (у 4). У 1 больного причиной почечной колики был гидронефроз, у 5 — мочекаменный диатез и у 3 — так называемая дискинезия. У 14 больных приступ был первичный, у 13 — повторный, у 10 — многократный. Симптом Пастернацкого был положительным у всех больных, причем у 31 — резко положительным. Всем больным на высоте приступа была произведена внутритазовая блокада. У 35 чел. боли стихли уже во время введения раствора новокаина, у 2 уменьшились тотчас же после анестезии (гидронефроз и камень почки). У 6 больных в первые сутки отошли конкременты от 0,3 до 0,8 см в диаметре (у 2 — оксалаты, у 3 — фосфаты и у 1 — ураты). Через 2 суток приступ повторился у 2 больных (камни верхней трети мочеоточника).

II гр. объединяет 35 больных с типичной клинической картиной острого аппендицита. За 1—2 часа до операции всем больным этой группы произведена внутритазовая блокада. У 33 больных эффекта не наступило. Характерные аппендикулярные симптомы были так же выражены, как и до анестезии. У 2 больных на фоне некоторого улучшения общего состояния сохранялась резкая локальная болезненность в правой подвздошной области. Таким образом, внутритазовая блокада не затемняет аппендикулярные симптомы (Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Воскресенского, Образцова, Щеткина—Блюмберга и др.).

К III гр. мы отнесли 20 больных, у которых требовалось провести дифференциальный диагноз между острым аппендицитом и почечной коликой. После блокады у 12 больных боли стихли, у 8 осталась локальная болезненность в правой подвздошной области и более резко стали определяться некоторые аппендикулярные симптомы. Всем больным этой группы через 2—3 часа после блокады была произведена хромоцистоскопия.

Из 12 больных, у которых блокада была эффективной, индигокармин, введенный в вену, не выделялся из правого устья в течение 15 мин. наблюдения у 10 и запаздывал у 2. Эти больные не были оперированы. При клиническом обследовании у них диагностированы заболевания мочевыводящих путей.

Нормальное выделение индигокармина (на 4—5-й мин.) из устья правого мочеоточника отмечено у тех 8 больных, у которых внутритазовая новокаиновая блокада не сняла болей. У 5 больных была установлена катаральная форма аппендицита, у 3 — флегмонозная.

Применяя внутритазовую новокаиновую блокаду при почечной колике, мы могли убедиться в благотворном влиянии ее на моторику мочеоточника. Известно, что в норме устья мочеоточников сокращаются через каждые 10—40 сек. При почечной же колике время между сокращениями удлиняется. Производя хромоцистоскопию, мы могли наблюдать, как «молчавшее» устье начинает усиленно сокращаться после внутритазовой анестезии, хотя индигокармин еще не выделяется. Отсутствие индигокармина у 12 наших больных с почечной коликой еще раз подтверждает, что в генезе последней лежит как резкий сегментарный спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих путей, так и спазм сосудов пораженной почки. Внутритазовая анестезия быстро снимает спазм гладкой мускулатуры (чем и объясняется исчезновение болей при почечной колике), но, очевидно, более медленно снимает спазм сосудов почки.

Суммируя все вышесказанное, мы считаем, что внутритазовая анестезия может служить методом выбора при дифференциальной диагностике между острым аппендицитом и почечной коликой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбекова Р. Г. Казанский мед. ж., 1965, 3.— 2. Ахундова М. А., Шахбазов Р. А. Азербайджанский мед. ж., 1962, 2.— 3. Белянский В. А. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, 1948, т. 1.— 4. Голигорский С. Д. В кн.: Очерки

урологической семиотики и диагностики. Кишинев, 1965.— 5. Джанелидзе Ю. Ю. Собр. соч., 1954, т. 4.— 6. Кесслер В. Ю. Вестн. хир., 1960, 5.— 7. Маврин М. И. К механизму нервной регуляции моторной функции мочеточников. Автореф. канд. дисс., Казань, 1964.— 8. Мамиш М. Г. Сб. научн. раб. Казанского мед. ин-та, 1957, вып. 4, Казань.— 9. Мурадян К. М. Журн. эксп. и клин. мед., 1965, 3.— 10. Надежина И. М. Мед. журн. Узбекистана, 1962, 6.— 11. Павлов А. И. Казанский мед. ж., 1961, 5.— 12. Протопопов С. А. Материалы по анатомии и физиологии мочеточников. Дисс., Казань, 1896.— 13. Пытель А. Я. В кн.: Лоханочно-почечные рефлюксы и их клиническое значение. Медгиз, М., 1959.— 14. Пытель А. Я., Джавад-Заде М. Д. Клин. хир., 1964, 1.— 15. Пытель Ю. А. Урология, 1955, 3.— 16. Романенко А. Г. Сов. здравоохран. Киргизии, 1963, 1.— 17. Рыбинник М. И. В кн.: Аппендицит. Киев, 1966.— 18. Фронштейн Р. М. Избранные труды. Медгиз, М., 1953.— 19. Харитонов И. Ф. Казанский мед. ж., 1964, 6.— 20. Школьников Л. Г., Селиванов В. П. Вестн. хир., 1955, 5.— 21. Шорох Г. П. Журн. здравоохран. Белоруссии, 1960, 5.— 22. Ярославцев С. А. Урология, 1957, 4.— 23. Мондор Г. Неотложная диагностика. Медгиз, 1939, т. 1.— 24. Piereg A. Z. Urol., 1953, 46, 6, 375.

УДК 616.62 — 006 — 616 — 089

ИСХОДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков, С. М. Ахметова и студ. Т. А. Каримова

Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В нашей клинике за 12 лет (1955—1967) был госпитализирован 221 больной с эпителиальными новообразованиями мочевого пузыря. 164 больных прооперированы, 42 отказались от операции и 15 признаны неоперабельными. Исходы хирургического вмешательства прослежены у 152 больных.

Эндовезикальная электрокоагуляция производилась преимущественно больным с типичной папиллярной фиброэпителиомой, реже при атипичной.

Рецидив опухоли нами выявлен в сроки от 8 месяцев до 3,5 лет у 16 из 35 больных, без рецидива живы от 3 до 10 лет 19. При гистологическом исследовании рецидивировавших опухолей обнаружена типичная фиброэпителиома у 2 больных, атипичная — у 9, папиллярный рак — у 5. Малигнизация рецидивной опухоли наблюдалась преимущественно после электрокоагуляции атипичных папиллярных фиброэпителиом (у 4 из 6 больных). Раковое перерождение опухоли отмечено у 1 из 10 больных, которым была произведена электрокоагуляция по поводу типичной фиброэпителиомы.

При типичных и атипичных папиллярных фиброэпителиомах, недоступных эндовезикальной электрокоагуляции, мы применяли электрокоагуляцию на вскрытом мочевом пузыре. После трансвезикальной электрокоагуляции живы без рецидива в течение 3—6 лет 5 из 9 обследованных больных с типичной и 1 из 4 с атипичной фиброэпителиомой. У остальных 7 из 13 больных возник рецидив опухоли. Малигнизация опухоли установлена в сроки от 3 месяцев до 2,5 лет у 3 больных, подвергнутых электрокоагуляции по поводу атипичной фиброэпителиомы. Появление раковой опухоли в том месте, где первоначально была доброкачественная папиллома, нами обнаружено у 15,3%.

Мы считаем показанной электрокоагуляцию, как эндовезикальную, так и трансвезикальную, лишь у тех больных, у которых на основании комплексного исследования определяется типичная папиллярная фиброэпителиома. При атипичной фиброэпителиоме методом выбора, как нам кажется, должна служить резекция мочевого пузыря, однако опухоли, расположенные в трудно доступных для резекции местах (область льеотдиева треугольника, шейка пузыря), необходимо удалять локальной эксцизией с последующей электрокоагуляцией.

После локальной эксцизии живы без рецидива на протяжении 4—9 лет 8 из 17 больных. У остальных 9 больных возник рецидив в сроки от 1 до 2,5 лет, у 3 из 9 больных отмечена малигнизация опухоли через 9 месяцев, 1,5 и 2 года.

Локальная эксцизия (плоскостная резекция) при папиллярном раке мочевого пузыря в настоящее время не применяется, так как она дает частые рецидивы. У всех наших 6 больных с папиллярным раком мочевого пузыря, которым произведена плоскостная резекция, отмечен рецидив рака в течение 6—12 месяцев. 3 из этих больных умерли от почечной недостаточности и метастазов, остальным произведена резекция мочевого пузыря.

Отдаленные результаты резекций мочевого пузыря при раке по данным ряда авторов [2—4] вполне удовлетворительны, другие указывают на малоутешительные исхо-