

XV. ИЗМЕНЕНИЯ В ЧЕРВЕОБРАЗНОМ ОТРОСТКЕ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДРУГИХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ (грипп, тонзилло-аппендикулярный синдром, неспецифический язвенный колит, пневматоз

кишечника, коллагенозы и др.)

ЛИТЕРАТУРА

1. *Калитиевский П. Ф.* Болезни червеобразного отростка.— М., 1970.

Поступила 27.03.91.

УДК 616.61—003.7:618.3—009.614

СПОСОБ КУПИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ С ОДНОВРЕМЕННОЙ РЕГИОНАРНОЙ СТИМУЛЯЦИЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ ДЛЯ ИЗГНАНИЯ КОНКРЕМЕНТОВ

О. С. Кочнев, Г. М. Сафин, В. Н. Биряльцев, В. С. Гирфанов

Кафедра неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев)

Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, отделение плановой хирургии городской клинической больницы № 7 (главврач—И. С. Абдуллин) Казанского горздравоотдела

В неотложной хирургии и урологии существует много способов купирования почечной колики, обусловленной уролитиазом. В последнее время появился ряд предлагаемых, усиливающих позиции консервативных способов лечения, поскольку они вселяют дополнительные надежды на самостоятельное отхождение камней из мочеточников без операций. Хлорэтиловые блокады зоны остистых отростков I—III поясничных позвонков дают эффект в 35% случаев, новокаиновая блокада тазового отдела мочеточника через лакунарную связку—в 63% [2, 4], звуко-терапия—в 15%.

Альтернативу срочным хирургическим вмешательством при камнях в мочеточнике создают извлечение их петель и трансуретральное или экстракорпоральное дробление, но они доступны не всем хирургам и даже урологам.

Новокаиновые блокады тазового отдела мочеточника через лакунарную связку и запирательное отверстие не получили широкого распространения из-за технической сложности и возможности повреждения сосудов, нервов и органов таза. Возобновление болей требует их многократного повторения, что может привести к различным осложнениям.

Нами предложен способ локального пролонгированного купирования почечной колики и изгнания конкрементов из мочеточника, позволяющий подвести раствор анестетика и смесь лекарственных веществ в боковое клетчаточное пространство таза (авторское свидетельство № 1444366 А61-В 17/00 от 09.07.91 г.). Для этого по микроир-

ригатору, установленному во внутреннюю подвздошную ямку, в тазовую клетчатку вводим смесь, содержащую раствор новокаина, прозерина, папаверина и пенициллина в обычных дозировках, ежедневно 1—2 раза в течение 7—10 дней. Локализация установки микроирригатора совпадает с методом введения новокаина при внутритазовых блокадах по Л. Г. Школьникову и соавт. [1, 6].

Приводим описание предлагаемого нами способа. Больного укладываем на спину. На 1 см внутри от передневерхней ости подвздошной кости после предварительной обработки кожи настойкой йода и спиртом вводим иглу (длина—14—15 см, диаметр—2 мм), насаженную на 20-граммовый шприц, через анестезированный участок кожи под ость подвздошной кости спереди назад срезом к внутренней поверхности кости. Продвижению иглы все время предпосылаем раствор новокаина и постоянно ощущаем близость подвздошной кости. Игла при движении своим косым срезом, как сани, скользит по внутренней поверхности кости и на глубине 12—14 см достигает внутренней подвздошной ямки, что определяется ее упором в кость. Оттянув на 0,5 см иглу на себя, вводим по ней леску. После удаления иглы проводим по леске катетер, который фиксируем на коже прошиванием.

Для введения используем лекарственную смесь, состоящую из 0,25% раствора новокаина (3 мл/кг), 0,05% раствора прозерина (1,0), 2% раствора папаверина хлористоводородного (2,0) и бензил-пенициллина натриевой соли

(1 млн. ед.). В целом введение смеси способствует длительному купированию почечной колики в сочетании с ускоренным продвижением камня. Лекарственную смесь вводим ежедневно через систему переливания со скоростью 5—10 капель в 1 мин в течение 7—10 сут в зависимости от сроков отхождения конкрементов.

Предложенный нами способ лечения был применен у 63 больных с камнями мочеочечников, размеры которых не превышали 10 мм,— в 52 случаях произошло самостоятельное отхождение конкрементов. Необходимо отметить, что отхождение камней было безболезненным. Сроки отхождения конкрементов в основном зависели от их размеров и формы; быстро отходили камни небольших размеров с гладкой поверхностью (в среднем в сроки от 2 до 10 дней).

Таким образом, способ локального пролонгированного купирования почечной колики позволил в 82,5% случаев изгнать камни из мочеочечников в короткие сроки без эндовезикальных вмешательств неоперативным путем.

По данным отечественных авторов, при консервативной терапии с применением новокаиновой блокады по Школьникову—Селиванову отхождение конкрементов наблюдалось в 28,3% случаев [1], эндовезикальных новокаиновых блокад — в 34,6% [3], инструментальных методов — в 68,4%, блокад хлорэтилом — в 37,2%.

9 из 11 больных, у которых применение нашего метода лечения в течение 10 сут не дало положительного эффекта, была произведена уретеролитотомия. Извлеченные камни имели размеры от 7 до 13 мм; они были треугольной, остроконечной или крючковидной формы, с шиповатой поверхностью, что не позволяло им продвигаться. 2 пациента, надеясь на самопроизвольное отхождение камней, от оперативного лечения воздержались и были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, после полного купирования приступов почечной колики и без явных признаков пиелонефрита.

При затяжном отхождении конкрементов с последующими попытками эндовезикальных инструментальных манипуляций частота вторичных пиелонефритов составляет 30—35%, из них в 3—10,8% случаев предпринимаются оперативные вмешательства по

поводу тяжелых форм пиелонефрита [4, 5]. У наших больных при поступлении в стационар имели место эритроцитурия и умеренная лейкоцитурия (от 6—8 до 18—20 в поле зрения) лишь в 17% случаев, а при выписке больных из стационара после отхождения конкрементов в отдельных случаях определялась следовая эритроцитурия (1—2 в поле зрения) при отсутствии лейкоцитурии.

Примером эффективности применения предложенного нами способа лечения служит следующее клиническое наблюдение.

Ф., 30 лет, поступил в отделение неотложной хирургии 20.11.1989 г. с жалобами на приступы болей в левой поясничной области, отдающие в нижнюю половину живота и левую паховую область. Боли появились внезапно ночью с ознобом и повышением температуры до 37,5°. При поступлении состояние удовлетворительное, температура нормальная. Масса тела — 70 кг. Кожные покровы без особенностей. Со стороны сердца и легких изменений нет.

Живот мягкий, болезненный в левой подреберной и подвздошной областях. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого резко положительный слева. Стул и диурез не нарушены.

Анализ крови: л.— $8,4 \cdot 10^9$ /л, п.— 14%, с.— 60%, э.— 2%, лимф.— 20%, мон.— 4%.

Анализ мочи: содержание белка — 0,099%., л.— 2—4 в поле зрения, эр.— 30—40 в поле зрения.

На обзорной урограмме в проекции нижней трети левого мочеточника слева от крестца виден камень размером 7 × 5 мм (рис. 1).

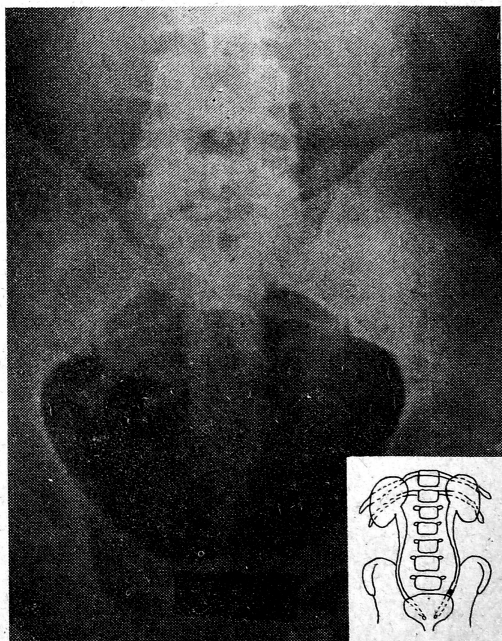


Рис. 1. Обзорная урограмма больного Ф., 30 лет, в день поступления в стационар. Камень в нижней трети левого мочеточника.

Диагноз: мочекаменная болезнь, камень в нижней трети левого мочеточника, калькулезный пиелонефрит. Больному начато консервативное лечение сразу после госпитализации по предложенной нами методике.

В течение 7 дней наблюдалось безболезненное продвижение конкремента (без приступов болей, при нормальной температуре и положительной динамике результатов анализов крови и мочи). 27.11.1989 г. отошел коричневого цвета камень размером 7×5 мм, треугольной формы с острым углом (рис. 3).

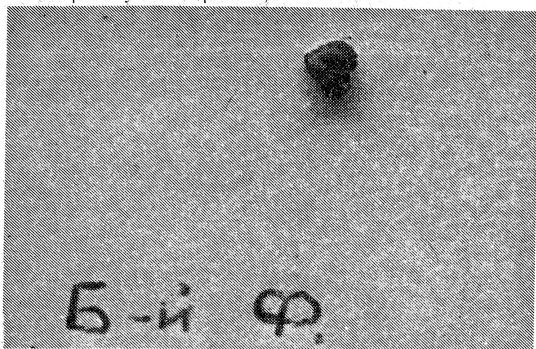


Рис. 2. Обзорная урограмма больного Ф., 30 лет, с микроиригатором в тазовой клетчатке слева после отхождения камня через 8 суток после лечения.

Продвижение камня и его отхождение проверяли по обзорным урограммам от 20.11. и 28.11.1989 г. (рис. 1, 2).

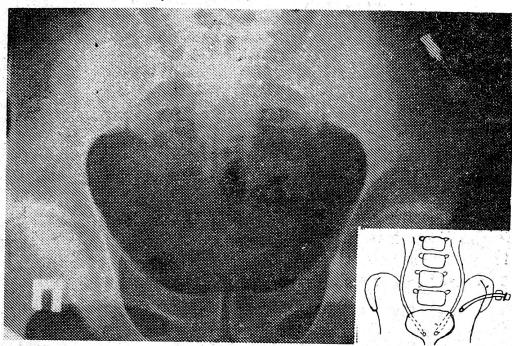


Рис. 3. Камень больного Ф., 30 лет, после отхождения.

01.12.1989 г. больного в удовлетворительном состоянии выписали из стационара.

Естественно, возникает вопрос, всем ли больным с камнями в мочеточниках и с почечной коликой показано применение этого метода. Нам представляется, что, как и любой инвазивный метод, он должен применяться лишь на определенном этапе лечения. Вначале вводят традиционные спазмолитические препараты и делают обзорную урограмму, позволяющую у ряда больных выявить не только локализацию камня в мочеточнике, но и его размеры, то есть определить возможность и целесообразность катетерной

терапии. С нашей точки зрения, показания к этому методу лечения возрастают у пациентов не только с мочекаменной болезнью, но и с сопутствующими заболеваниями. В таких случаях традиционная терапия, упорно проводимая в течение многих суток, лишь усложняет ситуацию. Приводим подобное клиническое наблюдение.

М., 59 лет, поступил в клинику неотложной хирургии 10.08.1990 г. с жалобами на приступы болей в левой поясничной области и подвздошной области слева, учащенное мочеиспускание; в течение суток были озноб и повышение температуры до 37,3°. Страдает мочекаменной болезнью с 1982 г., когда была произведена пиелолитотомия справа.

В 1989 г. был обнаружен камень в правом мочеточнике, который больного особо не беспокоил. От оперативного вмешательства он воздержался из-за сопутствующих заболеваний. В анамнезе указаны ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз (1983), компенсированный сахарный диабет II типа.

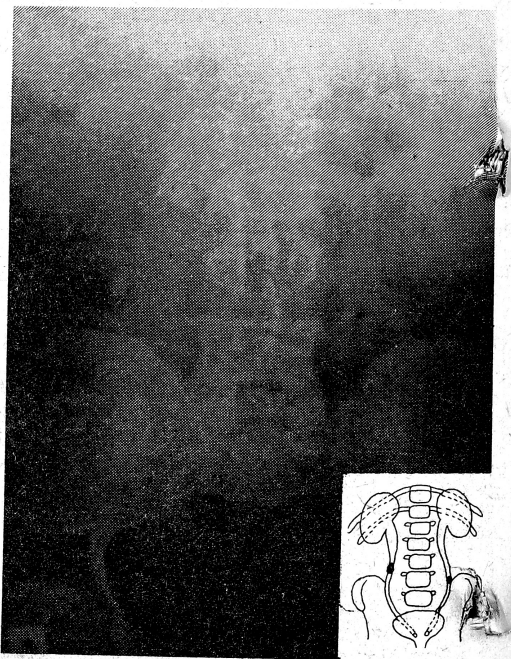


Рис. 4. Обзорная урограмма больного М., 59 лет, в день поступления в стационар. Камни в верхней трети обоих мочеточников.

При поступлении состояние больного средней тяжести, температура — 37,1°. Масса тела — 80 кг. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца приглушены, пульс — 80 уд. в 1 мин, ритмичный, АД — 18,7/13,3 кПа. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный в левом подреберье и левой подвздошной области. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Ректально: предстательная железа увеличенная, болезненная, борозда сглажена, тугоэластической консистенции. Стул не нарушен.

Анализ крови: Нб—2,1 ммоль/л, л.—14,1·10⁹/л, п.—3%, с.—77%, лимф.—17%, мон.—3%; СОЭ—3 мм/ч. Уровень мочевины в крови—9,7 ммоль/л.

Анализ мочи: содержание белка—0,132‰, л.—8—10, эр.—50—70 в поле зрения. На обзорной урограмме от 10.08.1990 г. слева на уровне L₄₋₅ в проекции мочеточника определяется тень размером 8×6 мм, справа на уровне L₄—тень размером 15×10 мм овальной формы (рис. 4).

Диагноз: мочекаменная болезнь, камни в верхней трети обоих мочеточников, левосторонняя почечная колика, обострение хронического пиелонефрита, хроническая почечная недостаточность, аденома простаты I стадии, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет. Больному были назначены спазмолитики, уроантисептики, инфузионная терапия. Дежурным хирургом произведена новокаиновая блокада по Школьникову—Селиванову слева, после этого боли были купированы. 11.08. и 12.08.1990 г. приступы возобновились, что потребовало назначения наркотиков и баралгина.

С учетом возраста, сопутствующих заболеваний и наличия аденомы простаты больному было начато лечение по предложенному нами методу. В течение 8 сут наблюдалось безболезненное продвижение конкремента (без приступов болей, при нормальной температуре и положительной динамике показателей картины крови и мочи). 20.08.1990 г. отошел сероватого цвета камень размером 8×6 мм, овальной формы, с шероховатой поверхностью. Отхождение камня подтверждалось обзорными урограммами от 20.08., 14.08. и 21.08.1990 г. (рис. 4, 5, 6).

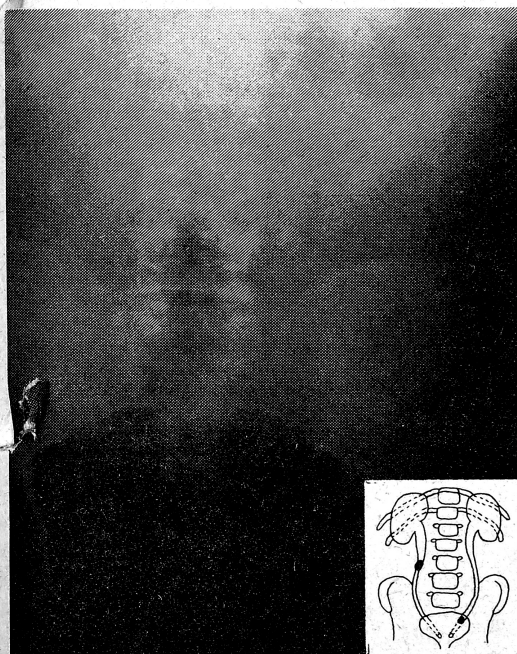


Рис. 5. Обзорная урограмма больного М., 59 лет. Камень в верхней трети правого мочеточника и камень в нижней трети левого мочеточника через 4 суток после лечения.

21.08.1990 г. больному произведена экскреторная урография—выявлены гидронефротическая трансформация справа, слабое заполнение

чашечно-лоханочной системы контрастом и про-
бег мочеточника слева (рис. 6).

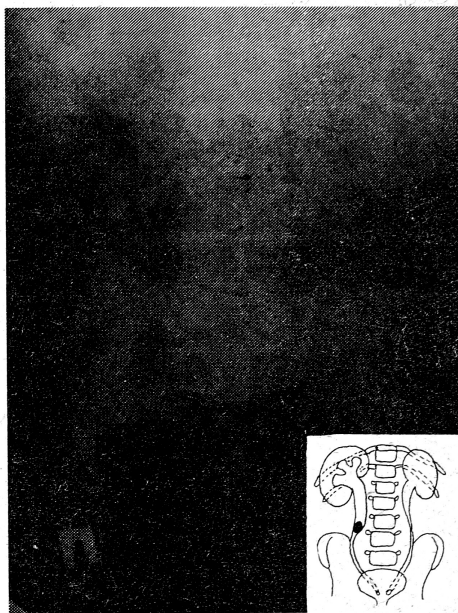


Рис. 6. Экскреторная урограмма больного М., 59 лет, после отхождения камня из левого мочеточника через 10 суток после лечения. Гидронефротическая трансформация справа и удовлетворительная функция левой почки.

Больного в удовлетворительном состоянии (содержание мочевины в крови—6,3 ммоль/л, результаты анализа мочи также нормальные) выписали из стационара 23.08.1990 г. для предоперационной подготовки у терапевта по поводу камня в правом мочеточнике, который не может самопроизвольно выйти из-за больших размеров. В дальнейшем больной 01.10.1990 г. поступил в отделение плановой хирургии и 09.10.1990 г. была произведена уретеролитотомия справа. После выздоровления больного 18.10.1990 г. в удовлетворительном состоянии выписали из стационара под наблюдение уролога по месту жительства.

В литературе имеются разноречивые точки зрения по вопросу выбора метода изгнания камней в мочеточнике. Большинство авторов считают, что в тех случаях, когда можно не спешить с операцией, следует начинать с консервативной терапии. При выборе метода изгнания камней в мочеточниках необходимо учитывать некоторые исходные данные. Немаловажную роль в выборе играет общее состояние больного. В каждом отдельном случае следует применять строго индивидуальный подход. При частых приступах стенокардии, после недавно перенесенного инфаркта миокарда, при лихорадке и других ситуациях, где операции и внутрипузырные манипуляции могут ухудшить общее состояние больного,

необходимо воздержаться от применения эндovesикальных и оперативных методов удаления камней.

Существенное значение придается полу и возрасту больных. Хуже всех переносят внутрипузырные манипуляции юноши и мужчины старше 60 лет.

Состояние мочевых путей ниже расположения камня также может явиться противопоказанием для низведения камня (физомы, простатиты, аденома или рак предстательной железы и т. д.) [3].

Приведенные данные подтверждают целесообразность использования способа локального пролонгированного купирования почечной колики, позволяющего подвести смесь лекарственных веществ в боковое клетчаточное пространство таза, и включения его в комплексное консервативное лечение больных с мочекаменной болезнью. Безопасная и простая технически, она в то же время является высокоэффективным средством лечения при затяжных приступах почечной колики. В комплексе с другими методами терапии наш способ создает благоприятные условия для управляемого ускорения самостоятельного отхождения конкрементов из мочеточников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зак Б. И. Лечебное и дифференциально-диагностическое значение внутритазовой но-

вокаиновой блокады при почечной колике: Автореф. дисс. канд. мед. наук.— М., 1969.

2. Костючук Н. Н. // Урол. и нефрол.— 1987.— № 1.— С. 56—58.

3. Новиков И. Ф. Камни мочеточников. Неоперативные методы лечения.— Л., 1974.

4. Савченко Н. Е. Тезисы докладов IV конференции урологов и нефрологов Белоруссии.— Минск, 1989.

5. Тимофеев С. А., Тиктинский О. Л., Скрябин Г. Н. Тезисы докладов IV конференции урологов и нефрологов Белоруссии.— Минск, 1989.

6. Школьников Л. Г., Селиванов В. П., Подыкс В. М. // Ортопед., травматол.— 1961— № 7.— С. 85.

Поступила 05.06.1991

THE METHOD OF RENAL COLIC CUPPING WITH SIMULTANEOUS REGIONAL STIMULATION OF URETERS FOR EXPULSION OF CONCREMENTS

O. S. Kochnev, G. M. Safin, V. N. Biryaltsev, V. S. Girfanov

Summary

The paper presents the results of the use of the method of renal colic cupping with simultaneous regional stimulation of ureters for expulsion of concrements, which is attained by running anesthetic solution and medicinal agent mixtures into lateral cellular tissue space of pelvis in the first-aid surgery. The treatment method has been employed in 52 patients with ureteral calculi with sizes no more than 10 mm, and in 52 patients it provoked independent passage of concrements in the terms from 2 to 10 days. The efficacy of the use of this treatment is noted in patients of heightened risk (elderly age, accompanying diseases etc.) with ureteral calculi as well as in patients whom endovesical treatment methods are contra-indicated.

ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫХ БЕЛКОВ И НЕКОТОРЫХ ГОРМОНОВ ПРИ СИНДРОМЕ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ*

В. И. Еремкина, С. А. Озол, Т. В. Карпова, С. А. Макарова

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Л. А. Козлов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова,
лаборатория химии белковых гормонов (зав.— канд. хим. наук О. В. Свиридов) ИБОХ АН БССР,
кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.— доц. Л. М. Тухватуллина)
Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В последнее время возросла частота эндокринных форм нарушения репродуктивной функции, среди которых значительное место занимает гиперандрогения. Ее удельный вес, по разным источникам [1—3], варьирует от 21 до 36,4%. Соотношение в плазме крови связанных с белком и свободных биологически активных андрогенов зависит от концентрации сексстероидсвязы-

вающего глобулина (ССГ), который и является транспортным белком для стероидных гормонов. Наибольшее сродство ССГ имеет к андрогенам.

С целью выявления соотношения в ССГ и тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ) со стероидным и тиреоидным гормонами— тестостероном (Т), эстрадиолом (Е₂), кортизолом (К), прогестероном (П), трийодтиронином (Т₃) и тироксином (Т₄) у женщин с гиперандрогенией нами было обследовано 26

* Доложено на заседании научного общества акушеров-гинекологов г. Казани 15 ноября 1990 г.