

капсул и клетчатки. Однако, наблюдения показывают, что рецидивы наступают чаще всего на месте операции. Маянц отмечает, что рецидивы в 70% развились в околопочечной клетчатке. Особенно радикальна должна быть операция при опухолях лоханки, часто дающих метастазы по мочеточнику. Федоров, Фронштейн, Гораши и др. настаивают на удалении вместе с почкой всего мочеточника. Манион и Майо еще более радикальны и начинают операцию с резекции части мочевого пузыря, переходя затем к нефроуретеректомии. Радикализм вполне оправданный, но трудно выполнимый.

Вопрос о доступе к почке продолжает дебатироваться на страницах печати. Какой путь лучше—трансперитонеальный или люмбалный? Насколько я могу судить по доступной мне литературе, большинство предпочитает поясничный путь. Он ближе и безопаснее. При больших опухолях следует отдать предпочтение трансперитонеальной операции. При опухолях, сидящих в верхнем полюсе почки, лучше поясничный путь. В большинстве наших случаев с ясным до операции диагнозом, мы удаляли почку из поясничного разреза. Только в 4 случаях мы шли чрезбрюшинным путем: 2 раза из-за больших размеров опухоли, и 2 раза из-за неясности локализации. Осложнений в связи с операцией мы не встретили, к клеммам *à demeure* не прибегали. В 2 случаях опухоль признана неоперабельной. На 23 оперированных случая мы имеем 3 смерти, из которых 2 падает на пробную люмботомию. Ближайшая послеоперационная смертность, как уже указывалось, сравнительно невелика (12—22% по Федорову).

Поступила в ред. 28. XI 1938 г.

Из 1-й хирургич. клиники Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (дир. клиники проф. Ю. А. Ратнер).

Вопросы диагностики и лечения солитарной кисты почки.

Н. И. Любина.

Солитарные кисты почек встречаются в клинике весьма редко. До 1931 года в литературе описано 145 случаев. За последние годы в доступной нам литературе мы нашли еще два случая, описанные Бурлаковым, Дыхно и Адамовым. По сводной статистике хирургических операций на почках Федорова, Израэля, Шеде, Кронлейна на 1154 операции солитарные кисты встретились только 2 раза.

Бронх отмечает, что патолого-анатом в 3—5% случаев аутопсии находит одиночные кисты, которые клинически не определяются. Поэтому каждый случай, наблюдаемый в клинике, представляет несомненный интерес.

Больная Б., 39 лет, педагог, поступила в клинику 17/IX 1937 г. Несколько лет тому назад она заметила в правой половине живота опухоль. Вначале опухоль была небольших размеров и не причиняла никаких расстройств. За последние 2 года

опухоль заметно увеличилась, и появились тупые боли в правой половине живота с иррадиацией в пах и на переднюю поверхность бедра. Мочевых расстройств и гематурии никогда не было. Отмечается склонность к запорам.

Болезнь замужем. Имела две беременности. Страдает часто маточным кровотечением продолжительностью 10—12 дней. 2 месяца назад находилась на стационарном лечении по поводу воспалительного процесса матки и придатков.

Объективные данные: телосложение правильное. Питание хорошее. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологических изменений не определяется.

Живот неправильной конфигурации. В правой половине над *Crist. ilei ant. sup.* видна наглаз опухоль шарообразной формы, следующая за дыхательными движениями. При пальпации опухоль величиной с головку новорожденного ребенка, гладкая, эластической консистенции. Верхняя граница уходит в подреберье, медиальная доходит почти до средней линии. Опухоль легко смещается в различных направлениях. Ясно выраженный симптом *ballotement renale*.

Анализ мочи: прозрачная, уд. вес 1,012, реакция кислая, следы белка, лейкоцитов 3—4 в поле зрения. Хромоцистоскопия: выпущенная моча прозрачная, емкость пузыря нормальна, слизистая мочевого пузыря на всем протяжении не изменена. Устья мочеточников расположены симметрично, без изменений; введенный в вену индиго-кармин показался слева через 4 минуты интенсивной струей, справа через 5 минут. Катетер в правый мочеточник прошел беспрепятственно. По катетеру моча поступала из лоханки с паузами. Лоханочная моча прозрачная, кислой реакции, белка 0,16⁰/₀₀. Клетки плоского эпителия 4—6 в поле зрения. На контрольном снимке мочевой системы видна тень опухоли в правой половине живота, нижним полюсом заходит ниже *crist. ilei anter. sup.*

Ретроградная пиелография не производилась ввиду отказа больной. Кровь: лейкоц. 8600, э.—5⁰/₀, п.—9,5, с.—60,5, л.—18,5, м.—6,5⁰/₀, РОЭ—25 мм по Панченкову. Реакция Кассони—отрицательная. Органы малого таза: влагалище, как у рожавшей. Матка увеличена в размерах, плотноватой консистенции. Правый свод сморщен. При надавливании прощупывается опухоль в правой подвздошной области. Сказать, что эта опухоль исходит из половой сферы, не представляется возможным ввиду резкой болезненности в малом тазу.

Операция (проф. Ю. А. Ратнер). Разрез Ленандера. Вскрыта брюшная полость. Печень, селезенка и органы малого таза изменения не представляют. Позади заднего листка брюшины располагается шаровидная опухоль. Листок вскрыт и отслоен от опухоли. Опухоль исходит из нижнего полюса почки и занимает больше $\frac{1}{3}$ всей почки, углубляясь конусовидно по направлению к лоханке. Опухоль с тонкой просеивающей стенкой наполнена прозрачной желтоватой жидкостью. Отделить стенку кисты от почки не представилось возможным ввиду тесного соприкосновения с лоханкой и очень близкого расположения сосудистой ножки. Произведена нефрэктомия. Послеоперационное течение гладкое. Макроскопически—кистовидное образование величиной с голову новорожденного, флюктуирует. Шприцем из полости кисты отсосано 300 см³ прозрачной светло-желтой жидкости, слабо кислой реакции, содержащей около 2⁰/₀ белка и единичные лейкоциты. Наружная и внутренняя стенки кисты гладкие, киста с лоханкой и чашечками не сообщается. Микроскопически: стенка кисты состоит из соединительной ткани с гиалинизированными волокнами. В соединительной ткани встречается много расширенных кровеносных сосудов. Какой-нибудь клеточной выстилки (эпителия) на внутренней поверхности кисты не видно. Заметно утолщение соединительнотканной прослойки между отдельными канальцами. Утолщена *membrana propria*. Ближе к стенке кисты почечная ткань представляется сдавленной. Многие канальцы атрофированы и на месте их разрастается плотная постепенно гиалинизированная ткань (проф. И. П. Васильев).

Солитарные кисты почек наблюдаются, главным образом, у людей среднего возраста. Описаны также случаи в детском возрасте (Федоров наблюдал случай у 4-летнего ребенка, Горский—у 1 $\frac{1}{2}$ -летнего). Вонакен собрал в литературе всего 5 случаев кист в детском возрасте. У женщин кисты почек встречаются чаще, чем у мужчин (Федоров, Леви, Гросби и др.). Большие кисты чаще одиночные и бывают только в одной почке. Располагаются они преимущественно в нижнем полюсе, реже в верхнем и очень редко на вы-

пуклой или передней поверхностях почки. Объем их колеблется от величины ореха и головы взрослого человека. В редких случаях они бывают настолько велики, что выполняют почти половину живота. В литературе описаны случаи, где киста содержала до 10 литров жидкости (Крогиус). Стенка кисты очень тонка, непосредственно переходит в ткань почки и не имеет сообщения ни с лоханкой, ни с ее чашечками. Микроскопически стенка кисты состоит из двух слоев — одного, более или менее толстого соединительно-тканного, и другого — выстланного однослойным, ниже обыкновенного, эпителием (Энглендер, Ульман, Александров). Наш случай представляет, в известной степени, интерес в смысле морфологии, а именно, отмечается полное отсутствие эпителия на внутренней поверхности стенки кисты. Аналогичный случай описан д-ром Шкурманом.

Патогенез солитарных кист почек очень разнообразен и недостаточно изучен. Вирхов, Циглер, Рейнфлейш и др. рассматривают кисты почек как ретенционные образования в результате закупорки канальцев воспалительным процессом. Гаульк в подтверждение этой теории приводит случай кисты, которая произошла на почве склерозирующего папиллита с отложением в сосочке извести с последующим закрытием просвета собирательных трубочек и образованием выше стеноза ретенционной кисты. Летуль и Верлиак считают, что все истинные кисты железистых органов являются пороками эмбрионального развития. Собурен, Бридиси и др. считают, что кисты возникают на почве активной деятельности эпителия, что приближает их к кистоаденомам и эпителиомам. По Крогиусу кисты возникают за счет эмбриональных рудиментов почки и мочеточника. В доказательство он приводит микроскопическую картину стенки кисты, которая заключала в себе рудиментарную почку с тонким мочеточником. В капсуле были клубочки и канальцы. Липскеров указывает, что кисты могут развиваться из эмбриональных остатков надпочечника или, как указал Кюстер, из отшнуровавшихся остатков вольфовых каналов. Для объяснения патогенеза кист из всех существующих теорий наиболее приемлемой является эмбриональная (результат неправильного формирования почечной ткани в этом периоде) (Федоров, Летуль). Таким образом почечные кисты можно считать врожденным заболеванием, клинически проявляющимся тогда, когда киста достигает такого размера, что поддается прощупыванию или вызывает субъективное ощущение (боли) в результате давления на здоровую паренхиму или окружающие органы. Клиническая картина при этом заболевании крайне неясная и сводится, главным образом, к признакам опухоли почки. Обычно обращает на себя внимание опухоль в животе или боль, которая возникает чаще при физической работе. Боли носят тупой характер, иррадируют в пах, бедро или яичко. Очень редко наблюдаются приступы почечной колики и гематурия, которая может быть результатом сдавления почечной паренхимы и неправильного кровообращения. Мочеиспускание обычно нормально. Функциональное исследование почек может не дать никаких отклонений от нормы. Пиелография в некоторых случаях может дать ценные указания, если киста изменяет конфигурацию

лоханки. Вообще, специфических симптомов при этом страдании не имеется и при распознавании часто приходится ограничиваться топической диагностикой, хотя и последняя не всегда удается.

Как известно из литературы, солитарные кисты почек часто смешивают до операции с кистами яичников, с кистой печени, водянкой желчного пузыря, с гидронефрозом и т. д. В нашем случае перед операцией диагноз колебался между кистой яичника и опухолью почки.

В пользу кисты яичника говорили анамнестические данные, а именно: частые маточные кровотечения и хронически протекающий воспалительный процесс в малом тазу. С другой стороны, нами не был достаточно оценен ясно выраженный симптом *ballotement renale*. Функциональная проба и катетеризация мочеточников дали хорошее выделение мочи, содержащей 0,16%₁₀₀ белка.

Дифференциальный диагноз трудно проводить не только на основании клинической картины, но иногда не удается правильно определить характер опухоли и во время операции. С этой точки зрения представляет интерес второй случай, имевший место у нас в клинике.

Ист. болезни № 305 1927 года.

Больной В. К., 46 лет, техник, поступил в клинику с жалобой на чувство тяжести в правом подреберьи и на опухоль в правом же подреберьи, которую обнаружил амбулаторно врач. Мочеспускание нормально. Гематурии никогда не замечал. Субъективные данные: большой среднего роста, хорошего питания. Со стороны органов дыхания и кровообращения патологических изменений не определяется. Живот: на глаз заметна опухоль в правом подреберьи, которая следует за дыханием. При пальпации опухоль величиной с кулак, круглой формы, эластической консистенции, дает впечатление флюктуирующей опухоли, мало болезненна, подвижная. В моче никаких патологических элементов не обнаружено. Функциональная проба почек отклонения от нормы не дает. Операция (проф. В. А. Боголюбов) — экстирпация кисты правой почки. Косым поясничным разрезом обнажена почка и легко вывихнута в рану. На верхнем полюсе имеется киста с тонкой просвечивающей стенкой и серозно-кровянистым содержимым. Во время операции у хирурга не было сомнения, что это действительно киста, которую легко удалось целиком экстирпировать. Дефект почки зашит кетгутowymi швами. Подведен тампон, рана послойно сужена. Послеоперационное течение гладкое.

Удаленная киста гистологически оказалась гипернефромой. От предложенной повторной операции больной отказался. В течение 6 месяцев чувствовал себя хорошо, выполняя обычную работу. После 6 месяцев стал замечать быстро растущую опухоль в правом подреберьи. Появилась профузная гематурия. Больной поступил вторично в клинику через год, где ему произведена была правосторонняя люмботомия (проф. В. А. Боголюбов). При операции оказалось: плотная, бугристая опухоль с прорастанием окологерничной клетчатки, интимно сращенная с сосудами. Выделить почку не представилось возможным из-за сращений. Опухоль сильно кровоточила. Рана туго затампонирована. Через 2 дня летальный исход при упадке сердечной деятельности.

Этот случай лишний раз подтверждает, что диагноз доброкачественных опухолей почек часто невозможен даже на операционном столе. Как известно, гипернефрома, большею частью, имеет капсулу, которая может располагаться на одном из полюсов почки или на ее выпуклой или внутренней поверхности. Узлы гипернефромы, начиная дегенерироваться, дают распад или кровоизлияние, в результате чего могут появиться большие полости, напоминающие по виду кисту. Полости содержат бурую или светлую жидкость, стенка их очень тонка, просвечивает и конусовидно прорастает ткань почки.

Лечение кист почек может быть только оперативным. Из методов

операции рекомендуется резекция кисты с последующей термокоагуляцией и тампонадой (Федоров, Марион). При кистах, сидящих на полюсах почки, рекомендуется клиновидная резекция почки с последующим глухим швом на почечную рану. Горячим сторонником этого метода является Брин. Чаще всего, судя по литературным данным, по поводу кисты почки производилась нефректомия. По Брину нефректомия была произведена 21 раз из 55 случаев, из них 12 per laparotomiam. Портнер полагает, что во всех случаях доброкачественных опухолей почек показана нефректомия и только изредка удастся экстирпировать опухоль, не удаляя почки.

Трудно делать какие-нибудь выводы на основании двух случаев. Знакомство с литературой и анализ наших случаев позволяют нам подчеркнуть лишний раз, что диагностика солитарных кист почек весьма трудна, точнее сказать почти невозможна до операции и даже на операционном столе. При невозможности получить гистологический ответ во время самой операции в сомнительных случаях лучше пожертвовать почкой, чем производить консервативную операцию, когда не исключена злокачественная опухоль.

Поступила в ред. 29/XI 38 г.

Из 1-й хирургич. кл-ки Казанского гос. института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина (дир. проф. Ю. А. Ратнер).

О папиллярном раке почки и лоханки.

Н. И. Комаров.

Злокачественные новообразования почек встречаются сравнительно редко. По Герлату на 16637 больных отмечено лишь 13 случаев опухоли почек. По материалу Спизарного на 1362 больных — 10 случаев. У Гораша на 600 почечных операций было 35 случаев опухоли почек. Ровазэн нашел новообразования почек в 22 случаях на 10034 аутопсии. По данным Федорова, Любарша и Давыдовского опухоли почек составляют 1,1% всех злокачественных новообразований. Федоров за 23 года наблюдал 70 случаев злокачественных новообразований почек, Готлиб за три года — 29 сл., Соловов за 7 лет — 39 сл. У Майо за 17 лет было 318 нефректomий по поводу опухоли почек.

Среди злокачественных опухолей почек чаще всего встречаются гипернеформы (по Федорову 90%). Рак почки и лоханки встречается редко. Так, у Федорова на 70 случаев новообразования почек рак был в 3 случаях; у Соловova на 30 — 6 раз; у Израэля на 126 — 4 раза; у Маянца за 3 года из 26 случаев опухоли почек рак встретился 3 раза.

В особенности редко встречается папиллярный рак почки. Федоров имел всего 2 случая папиллярного рака, Липень — 2, Соловов — 1 случай. Бальш описал папиллярный рак и гипернефрому в одной почке.