

Д. О. АЛЬШТЕЙН

О так называемой эссенциальной гематурии или гематурии из малого очага

Из Краснознаменной Кировоградской 3-й совбольницы (зав. хирург. отд. проф. Е. Ю. Крамаренко, зав. уролог. отдел. Д. О. Альштейн)

Термин „эссенциальная“ гематурия (э. г.) впервые введен в литературу в конце XIX столетия Сенатором и Клемперером. С такого рода гематурией приходится встречаться не особенно редко.

Клиническая диагностика э. г. нередко оказывается ошибочной, и иногда только на операционном столе выясняется истинная ее причина. Патолого-анатомические изменения иногда настолько слабо выражены, что могут остаться незамеченными даже после исследования пробного кусочка, взятого при операции, и могут быть найдены только при тщательном исследовании всей удаленной почки. Так, казуистика показывает, что иногда речь идет о небольших ангиомах, варикозных расширениях сосудов сосочков, незначительных папилломах лоханки и даже, по Федорову, о метаплазии лоханочного эпителия, могущего служить источником гематурии. На практике все перечисленные формы неправильно идут под диагнозом э. г. Само собой разумеется, что по мере совершенствования урологической диагностики количество ошибок в настоящее время встречается все меньше и меньше, и поэтому более назрел вопрос об изъятии термина э. г., как ни о чем не говорящего.

Так, Шель и Клоз предложили ввести вместо э. г. термин „кровотечение из малого очага“. В виде компромисса, Готлиб поддерживает этот термин, как более или менее приемлемый. До сих пор остается не разрешенным вопрос о патогенезе данного заболевания. Так, Рандаль и др. считают все эссенциальные гематурии конгестивными и полагают, что в большинстве случаев гематурия зависит от нефрита и сопутствующих конгестивных явлений.

Некоторые говорят об ангионевротической гематурии, и связывают происхождение ее с параличом вазомоторных нервов с последующим расслаблением сосудистых стенок и переполнением кровью мельчайших сосудов, что в конечном результате и ведет к их разрыву. Другие авторы считают, что одной из основных причин э. г. является пониженная свертываемость крови. Готлиб указывает также и на возможность венозно-лоханочного рефлюкса, когда кровь может попасть из венозной системы в лоханку и давать картину так называемой э. г. Готлиб ссылается на Фукса, объяснившего существование пиело-венозного рефлюкса, т. е. попадания жидкости по тем или иным причинам из лоханки в венозную систему. По мнению Фукса для появления этого феномена требуется повышение внутрилоханочного давления и наблюдающуюся вслед за почечной коликой гематурию следует рассматривать как последствия пиеловенозного рефлюкса.

Диагноз э. г. ставится путем исключения других заболеваний, могущих вести к гематурии, на основании данных функционального обследования почек и рентгенологической картины путем применения контрастных растворов. Два заболевания, протекающие или могущие протекать с гематурией, заставляют при дифференциальной диагностике всегда о них помнить — туберкулез почки и новообразование. Оба эти заболевания, естественно, не допускают длительного отлагательства с нефректомией во избежание метастазов, рецидивов и дальнейшего распространения процесса по мочевому тракту. Обычно э. г. протекает без болей и каких бы то не было пузырных явлений. Сравнительно редко отмечается чувство давления, боль или даже колики в области и кровотокающей почки. Это то, что французы называют *neuralgia haematurica*. Примесь крови в моче может быть обильной и длиться днями, а иногда и месяцами. Характерным для э. г. является также отсутствие в моче кровяных сгустков.

Лечение э. г. или „кровотечения из малого очага“ сводится к консервативным и оперативным методам воздействия. Из консервативных методов, как показывает опыт, помогает промывание лоханки какими-нибудь вяжущими жидкостями — раствором ляписа или колларгола; наряду с ним можно испробовать и кровоостанавливающие, повышающие свертываемость крови средства (сыворотка, желатина, кальций), применив их как

подспорье при промывании лоханки. В настоящее время мы обладаем еще одним хорошим способом лечения—переливанием крови. На нашем небольшом материале э. г. (8 случаев) мы прибегали к хирургическому вмешательству только в 2 случаях, где консервативные методы не помогли, в остальных случаях хорошее впечатление получили от промывания лоханок колларголом. В одном из наших случаев мы имели больного с э. г. 10-летней давности в анамнезе; он работал и ни на что не жаловался, если не считать скоропреходящие небольшие гематурии, которые длились по несколько дней и прекращались без всякого лечения. В практической работе приходится прибегать и к хирургическому лечению, особенно, когда кровотечение обильное и упорно не поддается терапевтическому воздействию. Хирургическое лечение э. г. состоит в нефректомии или декапсуляции.

Не следует забывать и о том, что по удалении кровотокающей почки оставшаяся, до того не кровотокающая почка может закровоточить. Подобный случай мне пришлось наблюдать в 1926 г. в урологической клинике проф. Чайки. Нефротомия заманивала тем, что дает возможность осмотреть на разрезе чашечки и лоханку, но она столь же опасна, ибо даже при тщательном наложении швов на почку может наступить сильное вторичное кровотечение, могущее потребовать ее удаления (Чайка). Остается, наконец, еще простая и безопасная операция, дающая нередко хорошие результаты—это декапсуляция. Терапевтический эффект декапсуляции нами отмечен, в частности, при двусторонней э. г.

Б-ой Б., 25 л., обратился в Ц. П. 18/IV 31 г. с жалобами на тотальную гематурию без сгустков и ноющие боли в пояснице, продолжающиеся в течение 2 недель. Впервые заметил у себя в 1927 г. гематурию, продолжавшуюся 2 дня. Наследственность—патологии не выявлено. Хромоцистоскопия: кровавая струя из устьев обоих мочеточников. При рентгеноскопии в комбинации с контрастным раствором уклонений от нормы не обнаружено. Несмотря на неоднократные промывания лоханок колларголом и применение различных кровоостанавливающих средств, гематурия продолжалась еще в течение 2 недель.

Больной слабел и настаивал на оперативном лечении. В один прием произведена двусторонняя декапсуляция. Уже на следующее утро во время обхода мы могли совместно с проф. Ю. Е. Крамаренко констатировать прекращение гематурии макроскопически, и только микроскопически обнаружено небольшое количество эритроцитов. Б-ной выписан в хорошем состоянии. Около года не замечал больше гематурий. Дальнейшая судьба этого пациента неизвестна.

К сожалению, мы не получили гистологического исследования из-за пропажи кусочков почечной ткани, взятых во время операции. Несомненно, что двусторонняя декапсуляция дала здесь очень хороший эффект. Двустороннее почечное кровотечение одновременно с последующей декапсуляцией в один прием в доступной мне литературе не описано. Вопрос о так называемой э. г. или „гематурии из малого очага“ остается невыясненным окончательно и по сие время из-за отсутствия статистики по этому, столь интересному вопросу. Все же, анализируя свои наблюдения и литературные данные, мы можем отметить, что в большинстве случаев э. г. инстиляция лоханки вязущими растворами, в комбинации с кровоостанавливающими средствами, приносит большую пользу и, подчас, прекращает гематурию. Невинным простым способом является декапсуляция, которая при невыясненных кровотечениях должна явиться первым актом оперативного вмешательства и только при безуспешности ее применяется нефректомия как *ultimum refugium* при очень обильных, упорных и длительных кровотечениях, приводящих к анемии. Риск нефректомии и в том, что состояние второй почки всегда остается сомнительным.

Ялта, ул. Кирова, 26.

В. С. ЮРОВ

Абсцесс Броди

Из пропедевтической хирургической клиники Сталинградского государственного медицинского института (зав. проф. Г. С. Топровер)

1. 1/IX 1938 г. в клинику поступила больная Н., 17 лет, русская, с жалобами на боли в нижней трети левой голени и голеностопном суставе. Боли ломящие, иногда стреляющие возникают без видимых причин, чаще ночью. Больной себя считает с апреля 1938 г. после перенесенного гриппа.

Отец умер от туберкулеза легких. В детстве 6-ная перенесла корь, в 1936 г. —