

Д. М. АСАНБАЕВ

## Случай поликистозных почек

Из факульт. терап. клиники (дир. проф. К. А. Дрягин)  
медиатрич. фак. Казанск. госуд. мед. института

Распознавание поликистозной почки до недавнего прошлого представляло большие трудности. По сборной статистике Эвальда на 400 случаев было всего 2 случая прижизненной диагностики. Кюстер до 1902 года собрал 11 случаев поликистозного изменения почек, распознанных при жизни. По мере накопления клинического материала о поликистозных почках и введения в обиход клиники сложных рентгеновских и урологических методов исследования (рентгенография, пневмопиелография и т. п.) число прижизненно диагностированных случаев поликистозной почки с каждым годом увеличивается: по Зиберу в 1908 г. диагноз этого заболевания был поставлен правильно только в 10% сл., а по данным Готлиба, относящимся к 1921—1924 гг., уже в 44% случаев. Но, как показывает опыт многих клиник, прижизненная диагностика поликистозных почек представляет еще и теперь не малые трудности. Зависит это, прежде всего, от клинических особенностей каждого отдельного случая и, кроме того, нам кажется, что в ряде случаев диагноз поликистозного перерождения почек не ставится прижизненно лишь потому, что об этом заболевании просто меньше всего думают, несмотря на наличие иногда довольно характерного симптомокомплекса.

Приводим описание нашего случая.

Больной Ф—в, 53 лет, бухгалтер, поступил в клинику 16. 11. 1939 г. с жалобами на резкую слабость, головную боль, головокружение, шум в ушах, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, сильную жажду, полиурию, тупые боли в пояснице и ногах, жгучие боли в области сердца. Заболевание развивалось постепенно. Последние 8—9 лет больной отмечает понижение работоспособности, головные боли, головокружение, ослабление памяти, понижение слуха, боли в ногах, ангинозные явления со стороны сердца. Осенью 1937 года бывали приступы сильных болей в правой поясничной области и одновременно выделялась кровь в моче. Пневмопиелографией в хирургической клинике Каз. ин-та усовер. врачей был обнаружен камень правой почки. В 1938 г. находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении 5-й городской больницы по поводу почечной колики, сопровождавшейся отхождением камня. Тогда же было обращено внимание на размеры левой почки. Месяца за 1½—2 до поступления в клинику был вновь приступ почечной колики, опять справа. Вне приступа болей периодически замечал в моче кровь. Сильная жажда, полиурия развились в последние 2—2½ месяца. За несколько дней до поступления в клинику появилась тошнота, рвота.

В 1932 году болел малярией. Отец и 2 сестры умерли от туберкулеза легких. Венерические болезни отрицает. Больной много курил, пил и много, с напряжением, работал.

Объективно: б-ной среднего роста, правильного телосложения. Цвет кожных покровов бледно-желтый. Лицо одутловатое, „мешки“ под глазами. Значительное исхудание. Коробочный перкуторный звук над обоими легкими; края легких стоят на палец ниже нормы с значительным ограничением подвижности их (2 п.); дыхание в верхних отделах жесткое, а в нижних отделах ослабленное, особенно справа. В нижних отделах легких выслушиваются разлитые сухие хрипы. Отмечается пульсация в подложечной области. Периферические артерии уплотнены и извилисты. Пульс ритмичный, на-

ряженный. В яремной ямке прощупывается пульсация аорты. Верхушечный толчок в 5 межреберья по сосковой линии. Границы сердечной тупости уменьшены эмфизематозно-расширенными легкими. На верхушке сердца тоны глухие, второй тон на аорте с металлическим оттенком. Систолический шум на верхушке сердца и во втором межреберья справа у грудины. Живот правильной конфигурации. Край печени на пальце ниже реберной дуги. плотной консистенции, болезненный. Селезенка не пальпируется. Почки значительно увеличены в объеме — нижний полюс их доходит почти до пупочной линии, плотной консистенции, бугристы, болезненны. Подвижность почек сохранена. Симптом Пастернацкого положительн с обеих сторон. При вдувании воздуха через прямую кишку селезеночный изгиб толстой кишки располагается впереди опухоли.

Неоднократные исследования мочи показали фиксированный уд. вес, следы белка в осадке 5—15 лейкоцитов в п. зр., 1—2 эритроцита в п. зр. Суточный диурез до 3 литров. С 23 по 29 ноября была значительная гематурия без рези при мочеиспускании и без колик. Функциональная проба почек по Зимницкому: ДД—700 см<sup>3</sup>, НД—1100 см<sup>3</sup>, уд. вес в 7 пробах 1,010 и в одной 1,008. Более ранние исследования мочи дали следующие результаты: 19. II. 1930 г. уд. в. 1,016, следы белка, лейкоцитов до 20 в п. зр., много кристаллов мочевой кислоты. 21. I. 1934 г. уд. в. 1,010, незначительные следы белка, лейкоцитов 1—2, эритроцитов до 10 в п. зр. 23. 12. 1938 г. уд. в. 1,015, белка 0,4%, единичные лейкоциты и клетки плоского эпителия.

Кровяное давление в первые дни после поступления в клинику 155/75—186/86, а 25/XI—39 г.—возможно в связи с гематурией,—оно упало до 113/62. Еще в 1937 г. кровяное давление было повышено до 185/105. 21. II. 1939 г. остаточный азот крови 152 мг%. Эритроцитов 238 000, гемоглобина—46%, не резкий анэритроцитоз и пойкилоцитоз. Лейкоцитов—5260, юных нейтроф.—0,5%, пал.—15%, сегм.—52,5%, эоз.—1%, мон.—7%, лимф.—24%. Реакция Вассермана отрицательная.

В обычном рентгеновском снимке почек каких-либо патологических изменений не найдено, а пневмография и пневмопеллография были противопоказаны в виду общего тяжелого состояния больного. Температура тела все время низкая (в пределах 35°).

В последний период наблюдения у больного очень подавленная психика, сонливое состояние, повторная рвота, быстро прогрессирующая слабость, время от времени жгучие боли в области сердца, судороги в ногах, в левой руке. От пищи и питья больной начал отказываться, с каждым днем количество мочи падало, усиливалась сонливость, и, наконец, больной впал в коматозное состояние. Появилось глубокое, Кусмаулевское дыхание и 5. 12. 1939 г. при явлениях уремической комы наступила смерть.

Таким образом, у больного безусловно имелись явления недостаточности почек: жажда, рвота, умеренная полиурия, фиксированный уд. вес мочи, гипертония, повышение остаточного азота в крови до 152 мг% и др. уремические явления. Значительное увеличение размера почек и крупно-бугристая поверхность их исключали диагноз сморщенной почки.

Наличие значительного двустороннего увеличения почек (по Федорову, Шапиро в 100%), бугристой поверхности их, тупых болей в области почек, периодической гематурии без сгустков крови позволило высказать предположение о поликистозном перерождении почек, которое протекало или с преобладанием симптомов опухоли почек, когда почки превращаются в большую кавернозную опухоль (Федоров), или, как у нашего больного с преобладанием симптомов хронического нефрита. Это заболевание после некоторого периода скрытого течения начинает проявляться признаками почечной недостаточности, задержкой шлаков в организме. У нашего больного в течение нескольких лет отмечалась гипертония и малые признаки уремии: шум в ушах, тугоухость, головокружение, головная боль, одышка, сердцебиение, незначительная альбуминурия. В последнее время наступили и более выраженные признаки уремии: повышение остаточного азота до 152 мг%, отсутствие аппетита, жажда, полиурия, отеки на лице и, наконец, рвота. Когда же поликистозное поражение стало настолько обширным и глубоким, что нормальной почечной ткани осталось недостаточно, тогда явления уремии очень

быстро приняли грозный характер, больной впал в коматозное состояние и умер.

Клинический диагноз: двустороннее поликистозное перерождение почек, двусторонние почечные камни, артериокардиосклероз, эмфизема легких, гипохромная анемия, истощение.

Патолого-анатомический диагноз: двустороннее поликистозное перерождение почек. Истощение. Инфаркт миокарда. Бурая атрофия печени. Отек легких. Общий артериосклероз. Кардиосклероз. Эмфизема легких. Синехии плевральных листков справа.

Почки весят каждая по 750 г (вместо нормальных 120—130 г) и обнаруживают большое сходство с виноградной кистью; с поверхности почек выбухает множество полушаровидных, различно окрашенных кист, величиной от горошины до сливы, а на разрезе они представляют полости, заполненные жидким содержимым, между которыми проходят довольно мощные соединительнотканые тяжи макроскопически с едва заметными прослойками почечной ткани.

Клинических признаков инфаркта миокарда, обнаруженного на секции, у больного не было. Возможно, что он развился в последние дни, когда больной находился в тяжелом состоянии уремической комы.

Следовательно, в некоторых случаях, как в нашем, диагноз поликистозных почек может быть поставлен без сложных манипуляций, на основании одних лишь клинических данных, если только вообще помнить о возможности наличия такого рода почечного заболевания

Поступила 20.VI. 1940.

И. А. ОБЕРМАН

## К вопросу лечения несахарного диабета

Из пропед. терап. клиники (дир. проф. А. Г. Терегулов) Казанск. гос. мед. института

Можно было бы привести длинный список лекарственных препаратов, применявшихся эмпирически для лечения несахарного диабета, отражая этим неэффективность терапии.

Жевин (De Gowin) при сравнении их действия на больных пришел к выводу, что за исключением питуитрина разве только пирамидон, антипирин и аспирин оказывают некоторое действие, ослабляя чувство жажды и уменьшая количество мочеиспусканий, остальные же испробованные вещества не дают вообще никакого эффекта.

Особое место в лечении несахарного мочеизнурения занимает гормон задней доли гипофиза, антидиуретическое действие которого специфично. Из всех факторов, влияющих на водный обмен или на выделение почками воды, гипофизу приписывается главная роль (Сергин и Нусинбаум).

Предполагается, что гормон задней доли гипофиза, питуитрин Р, циркулируя в крови, обуславливает удержание воды тканями и стимулирует реабсорбционную способность эпителия мочевых канальцев почек. Применение его представляет вид заместительной терапии. Поэтому в случаях настоящего несахарного мочеизнурения, обусловленного отсутствием питуитрина в крови или недостаточным его выделением в кровь, введение его в организм больного оказывает быстрое действие, прекращая полиурию и жажду в несколько часов. Этим объясняется то, что питуитрин Р, предложенный в виде жидкого экстракта для подкожных инъекций, вытеснил все ранее применявшиеся при несахарном диабете симптоматические средства.

Подкожная инъекция жидкого экстракта питуитрина Р действует однако кратко временно, всего несколько часов, после чего у больного неизбежно нарастает диурез и возвращается жажда. Необходимость постоянного повторения инъекции представляет, по понятным причинам, одно из неудобств этого способа лечения. Поэтому ис-