

у 4 — значительно (7—15 мин.), что может говорить о выраженных нарушениях водного обмена. Среди детей в возрасте от 5 до 7 лет проба была ускорена у 3 из 10 и в группе от 7 лет и выше — у 9 из 14. В первой возрастной группе результаты этой пробы составляли в среднем 27 мин., а во второй и третьей — 32 мин., что меньше средних возрастных норм, приводимых Масловым. У детей с бронхиальной астмой результаты пробы Мак-Клюра были несколько ниже, чем у детей только с хронической пневмонией, и составляли в среднем 29 мин., но это различие статистически недостоверно. После лечения хронической пневмонии и бронхиальной астмы по известным методикам (С. Ю. Каганов, Н. В. Догель, О. Н. Мизерницкая и др.) наблюдалась тенденция к нормализации результатов этой пробы. При этом в первой возрастной группе проба осталась ускоренной у 2 детей, во второй — у 2, в третьей — у 11. После лечения проба ускорилась у 20 детей, замедлилась у 19, не изменилась у одного. Ускоряется проба Мак-Клюра и под влиянием гормонотерапии, которую получали 4 ребенка в процессе лечения от бронхиальной астмы. У детей с астмой после лечения время пробы составляло в среднем 28 мин., что значительно меньше возрастных норм. Таким образом можно сделать вывод, что и водный обмен у этих детей нарушен и не всегда приходит к норме при клиническом улучшении состояния.

Это подтверждается и результатами изучения уровня хлоридов крови у 30 детей. Обращает на себя внимание понижение уровня хлоридов у 14 детей. Особенно значительно снижались хлориды в момент обострения хронической пневмонии I ст., что, по мнению М. С. Маслова, связано с отечностью воспаленного легкого и скоплением в нем хлоридов. При обострении хронической пневмонии II и III ст. снижение хлоридов было незначительным, а иногда уровень хлоридов был повышен (у 4 детей). Содержание хлоридов у детей с бронхиальной астмой зависело от тяжести состояния и преобладания воспалительного или астматического процесса. При превалировании явлений бронхоспазма, наличии тяжелых приступов оно повышалось (вторая фаза стресс-реакции), при легких приступах и выраженных явлениях обострения воспалительного процесса — снижалось. У обследованных детей в среднем уровень хлоридов был равен 442 мг%, что ниже возрастных норм, приводимых Масловым.

В процессе лечения у детей только с хронической пневмонией хлориды достоверно повышаются до 473 мг%, у детей с бронхиальной астмой существенно не меняются, оставаясь на уровне 439 мг%. Это можно объяснить как более глубокими нарушениями водно-минерального обмена у этих детей, так и наличием у них первой фазы стресс-реакции, проявляющейся в гипохлоремии. После лечения низкий уровень хлоридов остался у 12 детей.

Таким образом, почти у половины наблюдавшихся нами детей с хронической пневмонией и бронхиальной астмой выявлялись изменения в моче, свидетельствующие о повреждении почек. Дети с указанной патологией нуждаются в диспансеризации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Валентинович А. А. Педиатрия, 1964, 9. — 2. Гринцевич Г. В. Там же. — 3. Гавалов С. М. Хронические неспецифические пневмонии у детей и их этапное лечение. Медгиз, М., 1961. — 4. Догель Н. В. Педиатрия, 1964, 10. — 5. Каганов С. Ю. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1963, 11. — 6. Лапина К. В. Хроническая пневмония у детей и роль физических методов в комплексном ее лечении. Медгиз, М., 1963. — 7. Маслов М. С. Диагноз и прогноз детских заболеваний. Медгиз, М., 1948. — 8. Мизерницкая О. Н. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1964, 10. — 9. Теблосева Л. Т. Там же, 1964, 12.

УДК 616.61—006

К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕК

С. И. Белых

Факультетская хирургическая клиника им. А. В. Вишневского (зав. — проф. И. Ф. Харитонов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

По статистическим данным отечественных и зарубежных авторов опухоли почек составляют от 1 до 2% всех новообразований. Раннее распознавание их затруднительно, так как клиническая симптоматика часто отстает по времени от патологоанатомических изменений. Результаты же лечения во многом зависят от своевременной операции.

За период с 1949 по 1964 г. в нашей клинике находилось на обследовании и лечении 102 больных (53 женщины и 49 мужчин) с новообразованиями почек (0,45% к общему числу лечившихся в клинике).

Из возраста до 5 лет было 29 больных, от 5 до 10 лет — 4, от 21 до 40 лет — 11, от 41 до 50 лет — 16, от 51 до 60 лет — 26 и старше — 16. Самому молодому нашему пациенту было 3 месяца, а самому старому — 75 лет.

Начало заболевания, как правило, больные не замечали; только 7 чел. связывали его с ушибом, 4 — с простудой и 1 — с поднятием тяжести.

В начальных стадиях болезнь не приносит страданий. Когда же симптомы заставляют больного и врача заподозрить заболевание почек, обычно приходится констатировать наличие уже далеко зашедших стадий опухоли.

Первыми признаками заболевания были: гематурия (у 30,4%), боль острая или тупая в поясничной области (у 42,1%). Опухоли от едва пальпируемых до больших (с голову взрослого человека) обнаружены у 24,5%. Высокая температура была у 11,7%, дизурические явления — у 4,9%.

У 68 больных симптомы болезни проявлялись в пределах одного года перед поступлением в клинику, у 14 — до 3 лет, у 7 — до 5 лет. У 6 больных длительность заболевания не выяснена. Таким образом, около 30% больных поступают с давностью симптомов заболевания свыше года. Это объясняется как поздней обращаемостью больных, так и несвоевременной диагностикой вследствие недостаточного знания врачами симптоматологии опухолей почек.

При поступлении больные жаловались в основном на гематурию, боль, опухоль, лихорадку, слабость, дизурические явления, похудание, запоры и т. д. Большинство больных поступало в удовлетворительном состоянии, хотя у 61 отмечена бледность, у 39 — понижение питания вплоть до истощения. В тяжелом состоянии поступило 3 больных с запущенными стадиями заболевания.

Гематурия является наиболее частым симптомом опухоли почек. По данным многих авторов, она встречается у 50—70% больных. Мы наблюдали этот симптом у 58,8% наших больных, в том числе у 44,1% — микрогематурию и у 14,7% — профузную, иногда с кровавыми сгустками. У одного больного повторная тотальная гематурия сопровождалась тампонадой мочевого пузыря, ввиду этого нефрэктомии предшествовала операция наложения высокого сечения мочевого пузыря с удалением из него сгустков.

Боли в поясничной области (острые, типа почечной колики; тупые; тупые, сменяющиеся острыми приступами) отмечены у 48 наших больных (47%). Опухоли пальпацией и на глаз нам удалось обнаружить у 75 больных (73,5%), причем у 40 из них опухоль была неподвижной или малоподвижной. Необходимо отметить, что неподвижность или малоподвижность опухоли часто вызывается не прорастанием ее в соседние органы или ткани, а воспалительными сращениями, поэтому у 18 таких больных (из 40) опухоль удалось удалить.

Иногда опухоль проявляется атипично: нет ни одного элемента классической триады — гематурии, болей и прощупываемой опухоли. У 14 наших больных атипическое течение выражалось лихорадкой, слабостью, похуданием, изменением картины крови, дизурическими явлениями. У 3 больных высокая температура (38—39°) была первым и единственным симптомом заболевания. Один из них на протяжении последних 3 лет неоднократно обследовался в терапевтических и урологических клиниках Москвы, Ленинграда и Казани по поводу ознобов по вечерам. Одного больного беспокоил незакрывающийся свищ в области поясницы, образовавшийся вследствие распада опухоли почки. У 83 наших больных содержание гемоглобина было ниже 75 единиц. Ускоренная РОЭ была у 85 больных (свыше 15 мм/час), причем она была тем выше, чем тяжелее состояние больного. В осадке мочи у 60 больных были эритроциты и лейкоциты.

При специальном урологическом обследовании наблюдалось, как правило, понижение функции пораженной почки. Индигокармин при хромоцистоскопии не выделялся в 62%, а в 24% выделение его было резко пониженным. Внутривенная урография выявила понижение выделения контраста в 46%, тень увеличенной почки — в 18%, островки контраста в области пораженной почки — в 10%. Дефекты заполнения лоханок и чашечек, а также деформации и ампутации их, характерные для опухолей почек, отчетливо обнаруживались при ретроградной пиелографии в 90%. Однако, как показали исследования А. Я. Пытеля в 1959 г., несмотря на большую ценность ретроградной пиелографии, показания к ней необходимо ограничивать сомнительными случаями, ибо лоханочно-почечные и форникальные рефлюксы, возможные при ней, открывают путь для массового проникновения элементов опухоли в кровь. Поэтому и при нефрэктомии по поводу опухолей почек в самом начале операции необходимо производить перевязку сосудистой почечной ножки и мочеточника для предупреждения распространения опухолевых клеток.

Из всех новообразований почек гипернефроидный рак отличается особенной склонностью к раннему метастазированию. Мы обнаружили метастазы у 25 наших больных (22,5%), причем более чем у половины — во время операции или в ближайшем послеоперационном периоде.

Из 102 больных в клинику оперировано 67 человек. 12 больных имели противопоказания к операции ввиду запущенности процесса (прорастание в соседние жизненно важные органы, множественные метастазы). 23 больных отказались от операции. У 55 больных произведена нефрэктомия, у 5 — люмботомия, у 5 — лапаротомия, у 1 — частичное удаление обширной распадающейся опухоли, у 1 — резекция опу-

холь подковообразной почки. Местное обезбоживание по А. В. Вишневскому применено у 29 больных, эфирно-кислородный масочный наркоз — у 25. У 8 больных местная анестезия была дополнена эфирно-кислородным наркозом. В единичных случаях давали гексеналовый и эвипановый наркоз. Нефрэктомия через поясничный доступ по С. П. Федорову произведена у 50 больных, причем у 7 — с резекцией 12-го ребра. У 5 больных пораженная почка удалена через лапаротомный разрез. У 30 больных операцию затрудняли расширенные сосуды околопочечной клетчатки. Один раз при операции была повреждена нижняя полая вена, был наложен зажим и оставлен в ране на 14 дней. У 9 больных при удалении почки через поясничный доступ была вскрыта брюшная полость. У одной больной при резекции 12 ребра произошел прокол плевры.

Послеоперационный период протекал без осложнений у 39 больных, ухудшение наступило у 11 с запущенными стадиями заболевания. Всего умерло в клинике 7 больных (6,8%) с опухолями почек, из них 6 (8,9%) — после операции от кахексии, сердечно-сосудистой недостаточности, послеоперационного шока, гнойного перитонита, кровоизлияния в мозг. Если учесть, что 30 лет назад послеоперационная летальность составляла 20% (Фелькер, 1927), то улучшение непосредственных результатов хирургического лечения очевидно. Из послеоперационных осложнений необходимо отметить воспаление легких (у 5) и лигатурные свищи (у 3).

Гистологическое исследование удаленных опухолей или частей их обнаружило гипернефроидный рак у 37, опухоль Вильмса — у 7, саркому — у 6, рак — у 5, кистаденому — у 1. Из 56 радикально оперированных в нашей клинике отдаленные результаты прослежены у 37 больных. Жив 21 человек. Это в большинстве недавно (1—2 года назад) оперированные больные, и только 8 из них прожили 5 лет, а 3 — свыше 10 лет после операции. Чувствуют себя здоровыми 13 больных, недомогают 5, у 1 больного появились метастазы, у 2 имеются дизурические расстройства. Умерли на разных сроках 16 человек, из них 13 — на первом году после операции; в основном это дети.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пытель А. Я. Хирургия, 1959, 11. — 2. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников. Л., 1923.

УДК 616.62—006

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

А. А. Айдаров и Р. Г. Альбекова

Кафедра урологии (зав. — доктор мед. наук В. Е. Кузьмина) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозова)

В основу настоящего сообщения положены результаты лечения 224 больных с опухолями мочевого пузыря, находившихся в нашей урологической клинике в 1952—1963 гг. Мужчин было 181, женщин — 43. К общему числу урологических больных нашей клиники больные с новообразованиями мочевого пузыря составили 4,4%. Больные были в возрасте от 25 до 76 лет; две трети — от 50 до 70 лет.

В наших наблюдениях в 24% опухоли располагались в области устьев мочеточников, в 41% — в тригональной зоне, в 23% — в боковых стенках пузыря и в 12% — на верхушке мочевого пузыря. Таким образом, паратригональная зона мочевого пузыря оказалась пораженной бластоматозным процессом в 65%.

Основным методом лечения злокачественных опухолей мочевого пузыря является оперативный. Применяют: 1) эндовезикальную электрокоагуляцию или эндовезикальное иссечение опухоли; 2) надлобковую трансвезикальную электрокоагуляцию опухоли; 3) сегментарную резекцию пузыря с уретероцистостомией или без нее; 4) цистэктомия с пересадкой мочеточников в кишку; 5) цистэктомия с образованием нового мочевого пузыря — эндопротеза из полиэтиленовой пленки по методу кубинских врачей (1958). Эта операция в нашей стране усовершенствована коллективом Института урологии АН Грузинской ССР под руководством проф. А. П. Цулукидзе.

Эндовезикальная электрокоагуляция показана большей частью при единичных типичных папиллярных фиброэпителиомах. До 1960 г. у отдельных больных мы производили эндовезикальную электрокоагуляцию и атипичных папиллярных фиброэпителиом без признаков инфильтрирующего роста. В табл. 1 приведены результаты этих операций.