

Нейтральные 17-кетостероиды, определяемые суммарно, могут быть в пределах нормы или повышены, в зависимости от степени вовлечения в процесс коры надпочечников.

3. Кроме симптоматического лечения, больным с диэнцефальными нарушениями рекомендуется рентгенотерапия на межзачаточную область, а больным с выраженными надпочечниковыми симптомами — субтотальная адреналэктомия.

4. При опухолях коры надпочечников показано только оперативное лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Baulein E. E., Huis L. G. Acta endocrinol., 1957, 26, 153—172.—
2. Christy N. P. Amer. J. Med., 1957, 23, № 6, 910—916.—
3. Cope C. L. Brit. Med. J., 1956, № 4986, 193—197.—
4. Dingemanse, Huis L. G. J. Clin. endocrinol. and metab., 1952, v. 12, № 1.—
5. Dohan F. C., Raventos A., Boucot N. J. Clin. endocrinol., 1957, 17, 1, 8—25.—
6. Devis R. Annal. d'Endocrinol., 1951, v. 12, № 3, 451—480.—
7. HERNBERG. Duodecim, 1955, 71, № 1—2, 206—212.—
8. Hinman F. u. and. J. Urology, 1957, v. 77, № 3, 329—339.—
9. Hingerty D. Lancet, 1957, 13, 766.—
10. Jenkins J. S., Spence A. W. J. Clin. endocrinol. and Metab. 1957, 17, № 5, 621—631.—
11. Kovacic и др. Acta endocrinol. 1957, 24, № 4, 393—401.—
12. Le-Veen H. J. M. A. 1955, v. 158, № 16.—
13. Мохамат А., Nabarro. J. Clin. Pathol., 1956, 9, 351.—
14. Poutasse, Eugenc F., Higgins. J. Urology, 1953, v. 70, № 2, 129—136.—
15. Richards B. Am. J. of Surgery, 1955, 89, № 6, 1212—1223.—
16. Priestley J. и др. Annal. of Surgery, 1951, v. 134, p. 464.—
17. Skeels R. F. J. Clin. Endocrinol. and Metab. 1958, 18, № 1, 61—64.—
18. Scause и др. Acta med. scandinav., 1956, 154, № 2, 119—134.—
19. Soffer L., Geller J. J. Clin. Endocrinol. and Metab, 1957, 17, № 7, 878—883.—
20. Williams R. H. Tek book of endocrinol. 1956.

Поступила 21 июля 1958 г.

## К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Асс. А. Ф. Бурмистрова*

Из кафедры урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа  
и 5-й городской клинической больницы

Как известно, почечно-каменная болезнь занимает первое место по частоте среди других хирургических заболеваний верхних мочевых путей.

По данным нашей кафедры, с 1947 по 1954 гг. с заболеваниями верхних мочевых путей находилось на излечении 1403 больных, из них с почечно-каменной болезнью 628 больных (44,7%).

Почечно-каменная болезнь нередко ведет к тяжелым осложнениям, вплоть до полной гибели почечной паренхимы.

Разрушение почечной паренхимы при данном заболевании в одних случаях идет очень медленно, в других сравнительно быстро наступают необратимые изменения со стороны почек.

В данной работе мы подвергли анализу только тяжелые осложнения нефролитиаза.

По материалам нашей кафедры, на 628 больных нефролитиазом тяжелые осложнения со стороны верхних мочевых путей встретились у 58 больных (в 9,2%).

Из этих 58 больных было 35 мужчин и 23 женщины.

По возрасту они распределяются следующим образом: от 21 до 30 лет — 21, от 31 до 40 — 16, от 41 до 50 — 11, свыше 50 лет — 10.

Что касается продолжительности заболевания, то со сроком до

одного года от появления первых симптомов почечно-каменной болезни до поступления в урологическое отделение было 12 больных, до 2 лет — 5, до 3 — 5, до 4 — 3, до 5 — 8, до 6 — 3, до 10 — 11, до 20 — 10 и свыше 20 лет — 1.

Все наши больные подвергались обзорной рентгенографии, причем у 2 больных камни в почках и мочеточниках не были обнаружены. У 36 больных обнаружены одиночные камни, у 16 — множественные, у 4 — коралловидные камни. Камни правой почки обнаружены у 23, левой — у 19, двусторонние у 14 больных. Всем больным проводилась индигокарминовая проба. У 42 больных отмечено отсутствие индигокармина на стороне поражения, у 3 — запаздывание его выделения, и у 13 больных — отсутствие индигокармина с обеих сторон.

30 больным производилась пневмопиелография с целью уточнения месторасположения камня.

Для выявления степени функциональных и анатомических изменений в почках 44 больным произведена внутривенная урография, а 40 больным — ретроградная пиелография с жидким контрастным веществом.

К тяжелым осложнениям почечно-каменной болезни мы относили асептические и инфицированные гидронефрозы (42 больных), пионефрозы (11), анурию (3) и паранефрит (2).

Гидронефрозы развиваются благодаря хронической ретенции мочи, вызванной камнем, и чаще бывают открытыми и многополостными.

Субъективные симптомы при гидронефрозах в одних случаях отсутствуют, в других больные отмечают тупые тянущие боли в пояснице, временами сходные с приступами почечной колики. При хромоцистоскопии во всех случаях резко нарушается функция пораженной почки (отсутствие индигокармина). На пиелограммах с жидким контрастным веществом или воздухом определяется одна большая полость или несколько полостей (при многополостных гидронефрозах).

При калькулезных гидронефрозах характер операции зависит от степени атрофии почечной паренхимы.

Для решения этого вопроса применялась внутривенная урография. В тех случаях, где при внутривенной урографии контрастное вещество в течение 30 мин заполняет гидронефротическую полость, как правило, производилась операция удаления камня. При необратимых тяжелых анатомических изменениях в почке обычно и через большие сроки контрастное вещество в гидронефротической полости не появляется.

В подобных случаях окончательно характер операции решался лишь после обнажения почки и чаще всего операция заканчивалась нефрэктомией. Примером может служить следующее наблюдение:

Б-ной Д., 43 лет, поступил в урологическое отделение 23/II 1953 г. с жалобами на постоянные тянущие боли в правой поясничной области и мутную мочу. Болен с 1948 г. Пальпируется нижний полюс правой почки. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции правой почки тени от 5 конкрементов. На пневмопиелограмме воздух заполняет расширенную лоханку и бокалы-содержащие конкременты. При внутривенной урографии контрастное вещество правой почкой не выводится. Левая лоханка нормальна.

При хромоцистоскопии: слизистая пузыря нормальна, индигокармин появлялся слева на 5 мин, справа его не было в течение 15 мин.

Анализ мочи: уд. вес — 1018; реакция кислая, белок — следы, лейкоциты — 3—6 в поле зрения, эритроциты свежие — 25—30 в поле зрения.

Анализ крови — без отклонений от нормы.

Диагноз: правосторонний калькулезный асептический гидронефроз.

11/III 1953 г. операция — нефрэктомия справа. Удаленная почка представляла из себя фиброзный мешок, содержащий до 10 камней.

Послеоперационное течение гладкое.

8/IV 1953 г. выписан в хорошем состоянии.

Жалобы больных при пионефрозах сводятся к постоянным болям в поясничной области, мутной моче, часто высокой температуре. При пальпации определяется увеличенная почка, при цистоскопии — иногда выделение густого гноя из устья.

Приводим следующее наблюдение:

Б-ной X., 26 лет, поступил в урологическое отделение 10/XII 1948 г. в тяжелом состоянии. Страдает почечно-каменной болезнью с 1942 г. В 1947 г. перенес две операции — уретролитотомию справа и пиелотомию слева. Через 2 месяца приступы почечной колики повторились, и последние 3 месяца перед поступлением держалась высокая температура.

При поступлении в левом подреберье пальпировалась плотная опухоль, занимающая всю левую половину живота.

Кровь: гем. — 57%, Э. — 2 800 000, Л. — 22 000, п. — 9%, с. — 72%, э. — 0%, мон. — 6%, лимф. — 13%.

Анализ мочи: уд. вес — 1 007, реакция кислая, белок — 0,66‰. Лейкоциты — сплошь в поле зрения.

На обзорной рентгенограмме слева между XI ребром и гребешком подвздошной кости 18—20 плотных теней.

При хромоцистоскопии — выделение густого гноя из левого устья. Индигокармин не выделялся из обоих устьев в течение 15 мин.

Диагноз: левосторонний калькулезный пионефроз.

Ввиду нарастающих явлений уросепсиса 23/XII 1948 г. произведена операция нефростомии слева. Извлечено до 10 камней. Почка дренирована. После операции состояние больного улучшилось. Через 6 мес. выписан домой в удовлетворительном состоянии.

В данном случае был рецидив почечно-каменной болезни с развитием пионефроза слева. Консервативная операция была обусловлена тяжелым состоянием больного и функциональной неполноценностью другой почки.

Калькулезная анурия принадлежит к числу самых тяжелых осложнений нефролитиаза. Это осложнение непосредственно угрожает жизни больного и требует неотложной специализированной помощи.

Среди наших больных калькулезная анурия наблюдалась у 3-х. В одном случае после применения консервативной терапии анурия быстро разрешилась. В других двух случаях, учитывая крайне тяжелое состояние больных после безуспешной консервативной терапии, произведена операция наложения почечного свища.

Б-ной К., 54 лет, поступил в урологическое отделение 29/III 1954 г. с жалобами на острые боли в левой поясничной области и отсутствие мочи в течение последних 3 суток. Болен 4 года. В анамнезе отхождение конкрементов. При урологическом обследовании установлен диагноз: калькулезная анурия.

Консервативная терапия — без успеха. Больной только на 9-й день анурии дал согласие на операцию.

9/IV 1954 г. — операция. Почка резко увеличена в размерах, напряжена. Произведена декапсуляция почки. В полость лоханки тупо через паренхиму почки проведен корнцанг. При исследовании пальцем в последней определялись множественные камни, которые удалены. В лоханку введена дренажная трубка. Рана сужена до дренажа. После операции состояние больного улучшилось и за первые сутки из левой почки через дренажную трубку выделилось до 10 литров мочи. На второй день после операции больной начал мочиться самостоятельно. На 23-й день дренажная трубка удалена, почечный свищ закрылся. Диурез восстановился (до 3 литров в сутки). На 54-й день больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 3,5 года состояние вполне удовлетворительное.

Мы полагаем, что в данном случае нарушение мочеобразования в левой почке вызвано полной закупоркой мочеточника камнем, приведшей к прекращению мочеобразования в правой почке в результате рено-ренального рефлекса, так как после устранения препятствия к свободному оттоку мочи из левой почки — функция правой почки постепенно восстановилась.

Из 45 оперированных нами больных по поводу тяжелых осложнений почечно-каменной болезни у 2 встретились комбинированные заболе-

вания почек, а именно камни и опухоль, не диагностированная до операции. В одном случае опухоль почки установлена во время операций, в другом — только при гистологическом исследовании удаленной почки. При этом сочетании возникает вопрос о взаимосвязи и взаимозависимости двух процессов и о том, какой из них является первичным: камень или опухоль. Р. М. Фронштейн относился скептически к роли камня в генезе почечных опухолей. С. П. Федоров считал, что камни почки могут способствовать появлению новообразования.

Наши наблюдения подтверждают взгляды тех авторов, которые считают, что камни могут способствовать возникновению опухолей почек. Приводим следующее наблюдение:

Б-ной С., 51 г., поступил в отделение 19/III 1948 г., с жалобами на постоянные боли в правой поясничной области в течение 20 лет. В течение последних 7 лет периодически наблюдается тотальная гематурия. В детстве была травма поясничной области. Пальпируется увеличенная бугристая правая почка. На обзорной рентгенограмме мочевой системы множественные камни в проекции правой почки.

При хромоцистоскопии: слизистая — норма, из правого устья выбрасывается кровянистая моча. Индигокармин появился слева через 4 мин, справа в течение 15 мин его не было.

Диагноз: правосторонний калькулезный гидронефроз.

6/IV 1948 г. — правосторонняя нефрэктомия. Удаленная почка больших размеров, бугристая. В нижнем полюсе шаровидная опухоль, размером  $6 \times 6$  см. Послеоперационный диагноз: калькулезный гидронефроз. Новообразование.

Гистологический диагноз: гидронефроз, рак почки (простой рак).

Приведенное наблюдение показывает, что развитие рака произошло в почке, задолго до этого пораженной почечно-каменной болезнью, которая могла сыграть роль предрасполагающего фактора.

Профилактика осложнений почечно-каменной болезни сводится к своевременной операции удаления камней почек и мочеточников.

В отношении оперативного лечения почечно-каменной болезни существуют различные мнения. Одни считают, что оперативное вмешательство не показано в случаях латентно протекающих камней и при отсутствии осложняющей инфекции; другие же считают оперативное лечение показанным во всех случаях, где нельзя рассчитывать на самопроизвольное отхождение камней, за исключением лиц, страдающих моче-каменным диатезом.

За последнее время мнения о показаниях к оперативному удалению камней изменились в сторону большей хирургической активности, так как запоздалое их удаление нередко вызывает тяжелые осложнения.

Из 58 наших больных подверглись оперативному лечению 45; было произведено 29 нефрэктомий, 3 нефропиелотомии, 3 нефростомии, 8 пиелотомий и 2 прочих операции.

Ввиду резко выраженных явлений почечной недостаточности и общего тяжелого состояния трем больным в оперативном лечении было отказано, а 10 больных сами от него отказались.

Из 45 оперированных больных в ближайшие дни умерло двое. Оба эти случая относятся к больным, которые длительное время страдали двусторонними камнями почек, осложненными двусторонним инфицированным гидронефрозом. В обоих случаях паллиативные операции — нефростомии — производились по жизненным показаниям (уремия).

Отдаленные результаты оперативного лечения тяжелых осложнений почечно-каменной болезни изучены у 28 больных. После нефрэктомии состояние оставалось удовлетворительным у 17 больных; из них отдаленные результаты до 1 года прослежены у 3, до 2 лет — у 6, до 3 лет — у 2, до 4 лет — у одного, до 5 лет — у одного, до 6 лет — у одного, до 7 лет — у одного, и до 8 лет — у 2 больных. Двое больных через 2 года после операции умерли от других причин.

После операции пиелолитотомии отдаленные результаты изучены у 5 больных: до 1 года — у одного, до 4 лет — у 2, до 6 лет — у одного больного. Состояние их остается вполне удовлетворительным. Один больной умер спустя 5 лет после операции от другой причины.

После операции нефростомии отдаленные результаты изучены у 3 больных, двое из них здоровы в течение 3,5 лет, и один — в течение 8 лет.

После операции люмботомии по поводу осложнения кораллового камня гнойным паранефритом состояние больного через 4 года остается удовлетворительным.

Анализ наших клинических наблюдений дает нам возможность сделать следующие выводы:

1. В целях профилактики тяжелых осложнений почечно-каменной болезни показания к удалению камней почек должны быть значительно расширены.

2. При несвоевременном оперативном лечении почечно-каменная болезнь может привести к тяжелым осложнениям (гидронефроз, пионефроз, анурия и др.). По материалам нашей кафедры, тяжелые осложнения почечно-каменной болезни встретились в 9,2% случаев.

3. При осложнениях почечно-каменной болезни преимущественно показано оперативное лечение. Из 58 наших больных с тяжелыми осложнениями оперировано 45 чел. (77,5%).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гимпельсон Э. И. Хирургия, 1954, 9, 17—23. — 2. Маянц А. И. Опухоли почек и верхних мочевых путей. Медгиз, 1949. — 3. Тальман И. М. Хирургия почек и мочеточников. М.—Л., 1934. — 4. Федоров С. П. Хирургия почек и мочеточников, вып. 1, 1923. — 5. Хольцов Б. Н. Частная урология, вып. V, 1928.

Поступила 6 февраля 1958 г.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В УСЛОВИЯХ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

*А. И. Козлов*

Из Горьковского института ортопедии и травматологии (директор — доц. М. Г. Григорьев, научный руководитель — проф. И. Л. Цимхес) и П-го хирургического отделения (зав. — А. И. Козлов) Кировской областной больницы (главрач — Н. К. Попов)

При обширных кожных дефектах после ожогов и механических травм, единственной мерой для спасения жизни больного или сохранения функции пострадавшего органа является своевременное применение кожной пластики. Важную роль играет кожная пластика и как заключительный этап операций иссечения опухолей, язв, ран, рубцов и т. п.

В хирургическом отделении Кировской областной больницы с 1946 по 1957 гг. произведено 490 операций кожной пластики 406 больным. С каждым годом количество таких операций увеличивается (с 18 в 1946 г. до 111 — в 1957 г.).

В хирургическом отделении Кировской областной больницы с 1946 по 1957 гг. произведено 490 операций кожной пластики 406 больным. С каждым годом количество таких операций увеличивается (с 18 в 1946 г. до 111 — в 1957 г.).

В зависимости от характера локализации дефекта кожи, нами применялись различные методы кожной пластики. Методами свободной кожной пластики сделано 370 операций 283 больным, пластики кожи на