

круг своей поперечной оси. Между ней и подвздошной кишкой имеется много спаек и свежих фибриновых налетов. При разъединении спек оказался гной. К этому месту подведен тампон. Заворот расправлен. Послеоперационный период — удовлетворительный. Тампоны частично удалены, частично сами отошли. Рана зажила через 3 недели вторичным натяжением и больной выписался в хорошем состоянии.

Как видно из приведенных историй болезни, в 3 случаях имелся заворот слепой кишки вокруг продольной оси, в 2-х случаях — вокруг поперечной оси и 1 раз — вокруг брыжеечной оси. Все случаи закончились выздоровлением благодаря ранней операции. Далеко не столь благополучно обстоит дело по материалам других авторов. Например: по данным Грекова смертность при заворотах слепой кишки равна 73%, у Перельмана на 22 случая заворота слепой кишки смертность 60%. Эти авторы объясняют столь высокую смертность тем, что больные поступали в больницу поздно, уже при наличии некротических изменений в кишке.

Следовательно, для улучшения результатов операции при завороте слепой кишки необходимо, чтобы больные поступали в больницу в первые же часы болезни, до появления деструктивных изменений и стенке кишки. Значение ранней операции для исхода заворота слепой кишки подтверждает материал Зверева, у которого 6 больных, доставленные в первые часы после начала заболевания, выздоровели, а трое больных, доставленные на 5-6-й день болезни, умерли.

Поступила 27.XII. 1938.

Д. О. АЛЬТШТЕЙН

Случай кистозного перерождения почек

Из урологического кабинета центральной поликлиники г. Кировограда

Кистозное перерождение (к. п.) почек — сравнительно редкое и мало изученное заболевание. Оно встречается как у новорожденных и детей, так и у взрослых обоего пола одинаково, но чаще всего в возрасте 40—60 лет.

Насколько сложен патогенез этого страдания, настолько же многообразна его клиническая картина, этим объясняется сравнительно большой процент диагностических ошибок. Так, в литературе описаны случаи диагностики опухоли селезенки, печени или просто опухоли почки вместо кистозного перерождения почки.

Самым ценным симптомом при к. п. почек является увеличение их в объеме, иногда до размеров головы взрослого человека, часто с бугристой поверхностью. Далеко не всегда определяется опухоль пальпаторно, так как увеличение почек может быть незначительным, или, что довольно редко наблюдается, наступает атрофия почек; пальпации же иногда мешает толстая брюшная стенка, отек околопочечной клетчатки или асцит. Субъективно больной может чувствовать тупые боли и тяжесть в области почек; иногда отмечаются колики, сопровождающиеся нередко гематурией. В огромном большинстве случаев заболевание протекает под видом хронического интерстициального нефрита с характерной для него полиурией, низким удельным весом при небольшом количестве белка. В далеко зашедших случаях отмечается олигурия с последующей анурией со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Бывает и так, что кистозное перерождение почек ничем себя не проявляет клинически; такие больные производят впечатление совершенно здоровых людей; они являются к врачам с жалобами на то, что случайно прощупали у себя опухоль или заметили у себя кровавую мочу. Известны два момента, могущих иметь сильное влияние на кистозное перерождение почек в смысле возникновения клинических явлений: травма и беременность. Последняя (у Зибера) и служила в 7 случаях толчком к проявлению болезни. То же самое наблюдал и Стромберг у 7 женщин, у которых при каждой беременности наступали первые признаки заболевания или обострения.

Отдельные наблюдения устанавливают связь травмы с клиническим проявлением болезни. Если учесть величину кистозно-перерожденных почек, их отношение к передней брюшной стенке и большую ломкость сосудов, то станет ясным возможность разрыва таких почек после всяких травм, даже небольших. Зибер мог собрать из литературы 5 клинически-констатированных случаев, где вследствие травмы получилось обострение, а в 4 случаях травма послужила началом появления симптомов болезни. Из встретившихся у меня двух случаев кистозного перерождения почек привожу подобное наблюдение.

Больной К., 44 лет, слесарь, явился осенью 1928 г. с жалобами на гематурию, продолжающуюся несколько дней, а также на чувство давления в правой поясничной области после того, как упал навзничь. Сгустков крови у себя не замечал, мочеиспускание нормально, безболезненно. Венерические болезни отрицает. В органах грудной клетки, кроме глуховатых тонов сердца, ничего патологического не отмечается. Почки и прочие органы брюшной полости не прощупываются (толстая брюшная стенка), в правом подреберье отмечается болезненность, положительный симптом Пастернацкого справа, слева — отрицательный. В моче незначительное количество белка, удельный вес 1012, эритроциты свежие и выщелоченные покрывают все поле зрения; единичные лейкоциты. Хромоцистоскопия: слизистая пузыря нормальна, отверстия мочеточников не изменены, правое — эякулирует кровавую мочу, слева моча прозрачна, индиго-кармин на 4-й минуте небольшой интенсивности, справа же из-за выделения кровавой струи индиго-кармин отметить не удалось. При обычной рентгенографии обеих почек и мочеточников ничего патологического не отмечено; правосторонняя пиелография (ретроградная) раствором 12½% иодистого натрия в количестве 200 г показала громадного размера почку с резко расширенной лоханкой, сообщавшейся с расположенными недалеко полостями; мочеточник в начальной его части значительно расширен. После пиелографии шприцем отсосан контрастный раствор. Диагностировано кистозное перерождение правой почки.

Гематурия то проходила, то вновь появлялась. Больной настаивал на оперативном вмешательстве. Спустя некоторое время мною сделана левосторонняя пиелография, показавшая почти ту же картину, что и справа. Таким образом установлено у больного двустороннее кистозное перерождение почек. В виду отсутствия витальных показаний в оперативном лечении больному отказано и предложено перейти на более легкую работу; спустя некоторое время при повторной гематурии цистоскопически мною установлено кровотечение и из левой почки. Больного я наблюдал до осени 1933 г.; он продолжал работать слесарем, производил своим внешним видом не плохое впечатление.

Таким образом, единственным подспорьем в распознавании столь трудно диагностируемого заболевания может быть только пиелография; в данном случае была ретроградная. Что касается интравенозной, то при сильном нарушении функции почек последняя может ничего не дать, в виду полного отсутствия тени на рентгенограмме; ретроградная же пиелография, при правильном выполнении техники ее, с последующим отсасыванием оставшегося в почке контрастного раствора, сколько-нибудь серьезных осложнений при кистозном перерождении почек не вызывает.

Кистозное перерождение почек — обычно двустороннее заболевание, и это обстоятельство заставляет очень осторожно относиться ко всякому активному оперативному вмешательству, в частности, к нефректомии.

Напрашивается практический вывод, что лучше всего придерживаться консервативного лечения и что для оперативного вмешательства надо ставить строгие показания, как например: упорная, опасная для жизни больного гематурия, не поддающаяся никакому консервативному лечению, туберкулез и др.

Приведенный нами случай представляет клинический интерес благодаря ряду обстоятельств:

1. Двустороннее кистозное перерождение почек протекало абсолютно скрытно, не влияя как на общее состояние, так и на работоспособность больного.

2. Небольшая травма в виде падения, вследствие анатомической недостаточности почек, вызвала клиническое проявление болезни, диагностированной при помощи пиелографии.

3. В течение 5-летнего наблюдения больной оставался работоспособным, не меняя своей профессии (слесарь), несмотря на изредка появлявшуюся и скоропреходящую гематурию.

Поступила 10. XI. 1938.