

сальника. В брюшную полость дополнительно введены два дренажа и тампон с мазью Вишневского. Больному продолжено введение антибиотиков, дополнительно перелиты кровь и плазма. Состояние не улучшилось, перитонит прогрессировал. 21/II-59 г. при очередной перевязке видно, что некроз передней стенки культи желудка увеличился, наложенные 17/II швы прорезались, из свища поступают желудочное содержимое, желчь, слизь. 23/II-59 г., на 10-й день после операции, в результате разлитого гнойного перитонита и нарастающей сердечной слабости, последовала смерть больного.

И. Ш., 26 лет, поступил 6/I-59 г. с диагнозом: язва двенадцатиперстной кишки. Болен с 1950 г. Типичный язвенный анамнез. Диагноз подтвержден рентгенологически.

12/I-59 г. под общим интубационным эфирно-кислородным наркозом произведена резекция  $\frac{2}{3}$  желудка по Бильрот-II — Финстереру (А. П. Калинин). При ревизии органов брюшной полости установлена язва двенадцатиперстной кишки. Из-за низкого расположения язвы произведена резекция желудка «для исключения». Под печень подведен резиновый дренаж. Рана ушита послойно наглухо до дренажа.

17/I-59 г. состояние резко ухудшилось, появились боли в левом подреберье, но живот оставался мягким, газы уходили. Пульс — 70, хорошего наполнения. Температура — 37°. В ночь на 18/I-59 г. состояние стало быстро ухудшаться, появилось напряжение передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга, язык сухой. Заподозрена недостаточность швов анастомоза. Срочная операция под местной анестезией. Сняты швы операционной раны. По вскрытии брюшной полости выделено под давлением более литра желтой жидкости. Из-за тяжелого состояния больного дальнейшая ревизия верхнего этажа брюшной полости не производилась. По направлению к культе желудка введены марлевый тампон и дренажная трубка. Операция закончена наложением контрапертур в подвздошных областях, отведением из брюшной полости значительного количества желтоватой, с примесью тонкокишечного содержимого, жидкости, введением через разрезы марлевых тампонов и резиновых дренажей. Перелито 500 мл крови и 1500 мл физиологического раствора.

Состояние прогрессивно ухудшалось, и 19/I-59 г., на седьмой день после операции, наступила смерть от разлитого перитонита.

Патологоанатомический диагноз (доц. Н. А. Ибрагимов): Состояние после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. Некрозы стенки культи желудка с перфорацией. Общий серозно-фибринозный перитонит.

#### ВЫВОДЫ

1. Ишемический некроз культи желудка является редким осложнением при высоких резекциях желудка, которое может развиваться в результате недостаточной васкуляризации, особенно когда перевязана левая желудочная артерия и удалена селезенка.

2. В ходе резекции желудка критически должно быть оценено кровоснабжение остающейся культи желудка. Для обеспечения достаточного кровоснабжения ее необходимо сохранить пищеводную ветвь левой желудочной артерии при удалении селезенки, а также короткие сосуды большой кривизны.

3. Дренирование брюшной полости облегчает диагноз. При образовании свища показана экстренная операция — наложение швов на дефект стенки желудка в пределах здорового участка или тотальная резекция желудка.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов Л. В. Вест. хир. им. Грекова, 1957, 8.— 2. Малюгина Т. А. В кн.: Анатомия внутриорганных сосудов. Л., 1948.— 3. Попова Е. А. Хирургия, 1956, 5; Вест. хир. им. Грекова, 1960, 3.— 4. Пушкарев П. М. Хирургия, 1939, 8.— 5. Чагарейшвили А. В. Вест. хир. им. Грекова, 1959, 11.— 6. Cat W. R. a. Dawson R. E. Surg., 1957, 41, 401.— 7. Fell S. C., Seidenberg B., Hurwitt E. S. Surg., 1958, 3, 43.— 8. Rutter A. G. Lancet, 1953, 2.— 9. Spencer F. E. Arch. Surg., 1956, 73.— 10. Swigert L. L., Siekert R. G. Surg. Gynec. a. Obst., 1950, 90.

Поступила 9 марта 1961 г.

## ГИГАНТСКИЙ ГИДРОНЕФРОЗ

*Канд. мед. наук А. А. Айдаров*

Кафедра урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, на базе 5-й городской клинической больницы (главврач — Н. И. Полозова)

В отечественной литературе до настоящего времени публикуются описания гидронефроз больших размеров. Так, С. И. Рабинович (1954) сообщает о большой четырех лет, которой произведено внебрюшинное удаление гидронефротической почки размером  $29 \times 23 \times 11$  см и весом 5270 г.

А. Я. Абрамян (1956) описывает больную с врожденным гидронефрозом, у которой почка занимала почти всю полость живота, уходя далеко в подреберье,

сместила в сторону сердца, опустилась в полость таза и содержала 5 литров жидкости.

Описываются до последнего времени и разрывы гидронефротической почки (И. И. Булыгин, 1953; Е. С. Захаров, 1959), которые могут возникать самопроизвольно или же вызываться незначительной травмой. Прорыв обычно происходит в околопочечную область, реже — в полость брюшины. Г. И. Лукашин (1937) приводит 2 случая гидронефроза больших размеров, симулировавших картину острого живота, а В. С. Гагаринов (1959) описал случай разрыва гидронефротической почки, симулировавшего картину непроходимости кишечника.

М. П. Хейфиц (1959) описал гидронефроз, занимавший пространство от диафрагмы до малого таза, содержавший более 8 литров жидкости.

В наблюдавшемся нами случае гидронефротический мешок содержал более 13 литров жидкости.

Р., 27 лет, поступил 30/VII 1958 г. с диагнозом «гипернефрома левой почки?». В 1951 г. появилась гематурия, продолжавшаяся в течение двух дней с сильными болями в левой поясничной области. В 1953 г. гематурия была в течение недели и после 7-дневного перерыва в течение двух месяцев. С 1957 г. в левом подреберье возникла быстрорастущая опухоль. В прошлом травм и острых приступов болей в поясничной области не было. Дизурических и диспепсических явлений нет.

Общее состояние и самочувствие в момент поступления вполне удовлетворительные. Температура нормальная. Кожа и видимые слизистые оболочки бледноваты. Периферические регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Органы дыхания и кровообращения — без отклонений от нормы. Пульс — 76, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, АД — 120/55.

Живот асимметричен — слева видно выпячивание овальной формы, занимающее пространство от левого подреберья до малого таза и переходящее в правую сторону на 4—5 поперечных пальцев от средней линии. Прощупывается опухоль с четкими контурами, с гладкой поверхностью, тугоэластической консистенции; малоподвижная, безболезненная. Симптом Пастернацкого слева слабо положительный.

Гем. — 87%, Л. — 5100, РОЭ — 4 мм/час, лейкоформула в норме.

Моча соломенно-желтого цвета, мутноватая; реакция кислая, удельный вес — 1018; белка нет, лейкоциты — 5—6 в поле зрения.

При рентгеноскопии органы грудной клетки без уклонений от нормы. На обзорной рентгенограмме мочевой системы теней конкрементов нет.

Хромоцистоскопия. Моча прозрачна. Емкость мочевого пузыря в норме; слизистая оболочка не изменена. Устья мочеточников расположены на обычном месте. Индигокармин, введенный в вену, показался из правого устья на 5 мин интенсивной струей, из левого устья выделения в течение 12 мин не было.

Ретроградная пиелография слева: мочеточниковый катетер проходит только на 7 см от устья; выделилась гнойная пробка. На пиелограмме контрастное вещество заполняет среднюю и нижнюю часть мочеточника, резко смещенного латерально и вниз. Контрастного вещества в лоханке нет.

При экскреторной урографии лоханка правой почки на уровне поперечного отростка I поясничного позвонка, не расширена. Контрастное вещество хорошо заполняет лоханку правой почки и прилоханочный отдел мочеточника. Слева отчетливые ровные контуры опухолевидного образования, занимающего всю левую половину поясничной области и частично переходящего в правую сторону, выделения серозина нет на всех трех снимках.

После ретроградной пиелографии температура — 40°, общее состояние ухудшилось. Изменилась картина крови: Л. — 21 000, РОЭ — 29 мм/час, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Моча цвета мясных помоев, мутная. Реакция кислая, удельный вес — 1015, белок — 1,65%, лейкоциты 3—4 в поле зрения; свежие эритроциты в большом количестве.

Несмотря на применение массивных доз антибиотиков, температура у больного оставалась на высоких цифрах, общее состояние не улучшалось, и 3/IX 1958 г. произведены под местной инфльтрационной анестезией люмботомия и наложение стомы.

При операции обнаружен огромных размеров гидронефроз, занимающий все ретроперитонеальное пространство от диафрагмы до малого таза; вправо гидронефротический мешок заходит далеко за позвоночник, оттесняя все внутренние органы в правый фланг брюшной полости.

Троакаром выпущено 5 л мутной жидкости без запаха. В полость гидронефротического мешка вставлена дренажная трубка. С момента операции до 8 ч. следующего дня через трубку выделилось еще 6,8 л и в последующие 2—3 дня еще 1,4 л (всего 13 л 200 мл) мутной жидкости.

На следующий же день после операции температура снизилась. Общее состояние и самочувствие стали прогрессивно улучшаться.

На 10-й день выписан в хорошем состоянии для амбулаторного лечения.

К моменту выписки выделение из свища серозное, скудное. Выделения мочи из раны не наблюдалось. Через 2 недели после выписки свищ закрылся и больше не открывался.

Поступил 4/1 1960 г. повторно для нефрэктомии. После первой операции в течение года чувствовал себя хорошо. В последние месяцы появились тупые боли в левой половине поясничной области, временами усиливающиеся, особенно после физического напряжения. Мочепускание нормальное.

Кровь и моча — без патологических изменений.

Хромоцистоскопия. Выпущенная моча мутноватая. Емкость мочевого пузыря нормальная, слизистая оболочка не изменена. Правое устье сокращается ритмично. Сокращение левого — вялое, редкое. Индигокармин из правого устья показался на 6 мин хорошей струей; из левого же в течение 15 мин не выделялся.

Ретроградная пиелограмма слева. Почка резко увеличена в размерах. Верхний полюс ее на уровне ДХ<sub>1</sub>, нижний — на правой подвздошной кости. Контрастное вещество заполняет только мочеточник. Последний в подвздошной области резко отгеснен латерально.

При экскреторной урографии справа хорошо заполнены лоханка, бокалы и прилоханочный отдел мочеточника. Слева контраст не определяется.

25/1 1960 г. произведена под местной инфильтрационной анестезией левосторонняя нефрэктомия.

Гидронефротически измененная почка резко увеличена, почечной паренхимы нет. Она занимает пространство от левого подреберья до крыла подвздошной кости, медиальный ее край заходит за позвоночник. Гидронефротический мешок интимно сращен с окружающими тканями, отделяется с трудом. При отделении мешка от окружающих тканей нарушена целостность мешка, из полости его выделилась жидкая гнойная масса без запаха. Стенка гидронефротического мешка резко утолщена. Сосуды почки и прилоханочный отдел мочеточника облитерированы. Произведена субкапсулярная нефрэктомия. В почечное ложе вставлены марлевый тампон и резиновая дренажная трубка. По трубке в рану введено 500 тыс. пенициллина и один миллион ед. стрептомицина. Операционная рана послойно зашита до тампонов. По ходу операции произведена трансфузия консервированной одногруппной крови А(II) 200 мл. Послеоперационное течение благополучное. К моменту выписки рана зажила.

4/II 1960 г. выписан в хорошем состоянии.

Повторно обследован 28/VIII 1960 г. Чувствует себя хорошо. Работает на прежней работе, физически окреп, жалоб не предъявляет.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Гидронефрозы, Медгиз, 1956. — 2. Бульгин И. И. Хирургия, 1953, 1. — 3. Гагаринов В. С. Урология, 1959, 1. — 4. Захаров Е. С. Урология, 1960, 4. — 5. Лукашин Г. И. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, 1937, IV. — 6. Рабинович С. И. Хирургия, 1954, 4. — 7. Хейфиц М. П. Урология, 1959, 2.

Поступила 15 июня 1961 г.

### О РАЗРЫВАХ ГИДРОНЕФРОЗОВ<sup>1</sup>

*Проф. А. Я. Ясногородский и канд. мед. наук У. Х. Ахмеджаев*

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. А. Я. Ясногородский) Андиганского медицинского института

Разрыв гидронефротической почки — явление редкое. Е. И. Вольперт в 1957 г. собрал из литературы 36 случаев разрыва пиогидронефрозов, из которых 28 прорвались в окопочечную клетчатку. Автор приводит два своих наблюдения, причем в одном из них, где в брюшной полости обнаружен гнойный экссудат с запахом мочи, перфорация не найдена.

Нам пришлось наблюдать трех больных после травматического разрыва гидронефротической почки. В двух случаях разрыв произошел в связи с закрытой травмой, в третьем — в связи с огнестрельным ранением.

Приводим эти наблюдения.

1. П., 36 лет, был доставлен 24/VIII-41 г. на ДМП по поводу осколочного ранения левой поясничной области. Состояние тяжелое, раненый бледен, пассивен, пульс едва ощутим, АД — 70/40. При осмотре слева на пояснице входное отверстие диаметром 1,5 см, неправильно округлой формы. Из раны незначительные кровянистые выделения. Добытая из пузыря моча — без примеси крови. Живот несколько резистентен, в дыхании участвует. В противошоковой палате на протяжении свыше 6 ча-

<sup>1</sup> Доложено на заседании Андиганского научного общества хирургов 29/III 1961 г.