

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 ДХ₁, нижний — на правой подвздошной кости. Контрастное вещество заполняет только мочеточник. Последний в подвздошной области резко оттеснен 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.

Гидронефротическая 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. Булыгин 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 ГИДРОНЕФРОЗОВ¹

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

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

Разрыв гидронефротической почки — явление редкое. Е. И. Вольперт в 1957 г. собрал из литературы 36 случаев разрыва пиогидронефрозов, из которых 28 провалились в околопочечную 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-

¹ Доложено на заседании Андижанского научного общества хирургов 29/III 1961 г.

сов проводились противошоковые мероприятия, которые, однако, не принесли улучшения. Решено подвергнуть пострадавшего операции с применением противошоковых мер. Под эфирным наркозом произведен косой поясничный разрез через раневое отверстие. При подходе к почке выяснилось, что нормальная ткань ее отсутствует, и на ее месте — больших размеров полость, представляющая собой большую опорожнившуюся кисту, содержимое которой распространилось через раневое отверстие по забрюшинному пространству. Ранение оказалось слепым, и осколок размерами $2 \times 1,5$ см найден на дне кисты. Паренхима почки представлялась в виде истонченного слоя в 1—1,5 см на верхней стенке кисты. Оболочка кисты вместе с остатками почечной ткани удалена. Рана ушита с марлевым выпускником. Вскоре после операции состояние больного стало прогрессивно улучшаться, и на следующий день его отправили в тыл.

Шоковое состояние в приведенном случае обусловлено всасыванием гидронефротической жидкости, которая распространялась широко по забрюшинной клетчатке. Ликвидация причинного фактора вместе с противошоковой терапией принесла очевидный успех. По-видимому, гидронефротическая жидкость содержит токсические вещества шокогенного характера.

II. У., 66 лет, поступила 26/I 1957 г. в порядке экстренной помощи. Идя по железнодорожному пути, упала и ушиблась животом о рельс. Появились резкая боль в животе, тошнота. Состояние тяжелое, лежит на спине с приведенными к животу ногами. Сознание сохранено; кожные покровы бледны, покрыты липким потом; пульс част и мал, дыхание учащено; живот напряжен и при дыхании неподвижен. Симптом Щеткина — Блюмберга отчетливо выражен. Катетеризация дала чистую, прозрачную мочу (500 мл). Больная взята на операционный стол с предположительным диагнозом — подкожный разрыв полового органа. Под эфирным наркозом срединная лапаротомия. Позади восходящего колена большая гематома. По вскрытии задней брюшины вылилась под давлением геморрагическая жидкость, которая, как дальше выяснилось, выделялась из тонкостенного многокамерного мешка. Это была капсула гидронефротической почки с резкой атрофией паренхимы. Левая почка на ощупь нормальна. Киста удалена вместе с остатками паренхимы почки. Послеоперационный период без осложнений. Больная выписана в хорошем состоянии.

В этом случае травма привела к забрюшинному разрыву гидронефротической почки с последующим развитием шокового состояния. Причиной последнего здесь также явилось всасывание гидронефротической жидкости, излившейся в забрюшинное пространство.

III. Т., 65 лет, доставлен врачом скорой помощи 10/XII 1960 г. с жалобами на резкие боли в животе после падения с нагруженной телеги вниз животом. Сознания не терял. Рвоты не было.

Больной бледен, покрыт холодным потом, язык влажный; положение вынужденное — сидячее с приведенными к животу бедрами. Живот выпячен, в дыхании не участвует; стенка его напряжена; симптом Щеткина — Блюмберга резко положительный. Пульс — 88, АД — 120/75. Катетеризация обнаружила сгустки крови в моче. С предположительным диагнозом — разрыв мочевого пузыря — больной подвергнут лапаротомии.

Нижне-срединным разрезом под эфирным наркозом вскрыта брюшная полость, из которой выделилось значительное количество желтоватой жидкости. Мочевой пузырь оказался целым. Лапаротомная рана увеличена кверху. Тщательно осмотрены все полые органы, но повреждений в них не найдено. В области поджелудочной железы обнаружена забрюшинная гематома, распространявшаяся на поперечный мезоколон и на область левой почки. При попытке найти последнюю ее на месте не оказалось, но покрывающая почку брюшина представлялась как бы отслоенной на большом протяжении и утолщенной. Предположен разрыв гидронефротической почки, в связи с чем задняя брюшина вскрыта. Обнаружена обширная полость от диафрагмы до подвздошной кости. Капсула гидронефротической почки выделена из окружающих тканей. Мочеточник рассечен и перевязан. Перевязана и рассечена сосудистая ножка. Капсула больших размеров удалена. Забрюшинное пространство дренировано, задняя брюшина ушита. В брюшную полость введен раствор пенициллина, и брюшная рана ушита. Операция сопровождалась переливанием 500 мл консервированной крови. В последующем у родственников больного удалось выяснить, что на протяжении ряда лет у него наблюдалась опухоль в животе.

В ближайшем послеоперационном периоде состояние больного было тяжелым, и 12/XII, несмотря на комплекс лечебных мероприятий, наступила смерть. Заключение патологоанатома: смерть от вторичного шока.

Признаков перитонита мы у этого больного не наблюдали. Тяжесть состояния и течения заболевания мы связываем с внутрибрюшным разрывом кисты. Брюшина обладает способностями более интенсивного всасывания, что и привело в данном случае к летальному исходу.

Таким образом, во всех наших наблюдениях ведущим признаком страдания было шоковое состояние, которое развивалось у наших пациентов от обильного всасывания гидронефротической жидкости.

Диагностика при отсутствии соответствующего анамнеза чрезвычайно трудна, что приводит к необходимости лапаротомии, в процессе которой обыкновенно выясняется истинная природа заболевания. Удаление большой гидронефротической почки осуществляется без затруднений через брюшную полость. Этот вынужденный подход имеет и очень ценную положительную сторону, так как он позволяет выяснить вопрос о наличии второй почки. При поясничном подходе к больной почке в экстренных и неясных случаях мы прибегаем к хромографии на операционном столе и таким путем выясняем наличие и функциональное состояние другой почки. При отсутствии второй почки хирург переключается на консервативную методику и накладывает стому на стенку гидронефротической кисты через поясничный разрез.

Необходимо помнить, что проверка наличия второй почки является важнейшим условием успешной операции. Пренебрежение такой проверкой или забвение о ней может привести к катастрофе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Гидронефрозы. М., 1956. — 2. Ивашко Л. М. Урология, 1957, 2. — 3. Вольперт Е. И. Вест. хир., 1957, 12.

Поступила 18 апреля 1961 г.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

П. Е. Кулаков

Хирургическое отделение Шумерлинской райбольницы Чувашской АССР
(зав.— М. В. Ханяева)

Л., 26 лет, 16/VIII-60 г. в 16 час. доставлена из участковой больницы с диагнозом — острый живот.

14/VIII в 18 час. внезапно появились боли в животе, лечилась дома грелкой. 15/VIII обратилась за помощью к фельдшеру. После приема таблеток боли стихли, но к вечеру состояние ухудшилось, боли в животе усилились. Госпитализирована в Ходарскую участковую больницу 16/VIII в 12 час., откуда направлена в райбольницу.

Жалобы на резкие боли по всему животу, слабость, затрудненное дыхание. Стул был 14/VIII, газы отходили. Температура — 37,5°. Больная среднего роста, правильного телосложения. Положение вынужденное — стоит, лежать и сидеть не может из-за резких болей и затрудненного дыхания.

Кожные покровы чистые, обычной окраски, покрыты холодным потом, слизистые бледные. Упитанность удовлетворительная. Органы грудной клетки в норме. Пульс — 120, ритмичный, АД — 105/50. Язык — сухой, чистый. Живот резко вздут, напряжен, в дыхании не участвует. Разлитая болезненность по всему животу. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. С обеих сторон живота притупление в отлогих местах. Перистальтические шумы не выслушиваются. Печень и селезенка не определяются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

При катетеризации мочевого пузыря получено незначительное количество (15—20 мл) светло-желтой мочи. При исследовании через прямую кишку выпячивание и болезненность передней ее стенки. Девственница, выделения из половых путей нет.

Нб — 87%, Л. — 16 800, РОЭ — 12 мм/час.

Предположительный диагноз: перфоративная язва желудка, разлитой перитонит?

Срочная операция (П. Е. Кулаков) под общим эфирно-кислородным наркозом.

Из брюшной полости выделено около 3 литров темно-коричневой жидкости с резким запахом. Желудок и кишечник в норме. На задней стенке мочевого пузыря обнаружен продольный разрыв всех слоев длиной 7 см, доходящий до дна пузыря.

Рана мочевого пузыря ушита трехрядным кетгутовым швом. Брюшная полость тщательно высушена марлевыми салфетками, вставлена дренажная трубка для лечения антибиотиками. Брюшная полость послойно зашита наглухо. В мочевой пузырь введен постоянный резиновый катетер.

Клинический диагноз: спонтанный разрыв мочевого пузыря.

Послеоперационный период протекал гладко. На 4-й день дренаж удален из брюшной полости. На третий день удален катетер, мочится самостоятельно.

Заживление первичное. Выписана 25/VIII-60 г. в хорошем состоянии.

При повторном опросе больной в послеоперационном периоде выяснилось следующее: 14/VIII-60 г. больная, будучи на базаре в г. Шумерля в жаркий день, употребляла большое количество жидкости (воду и безалкогольные напитки). В силу незнания места расположения общественного туалета и стеснительности, больная в