

СЛУЧАЙ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМЫ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ СО СТОЙКОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Б. С. Березовский

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
Казанского медицинского института

Случаи повышения кровяного давления при поражении одной почки описывались многократно. Так, Е. М. Тареев (1948) наблюдал повышение кровяного давления при инфарктах почек, а М. И. Сольман (1948), Б. Б. Коган (1948), Б. П. Кушелевский и С. С. Барац (1950) — при поражениях почечных сосудов узловатым периартеритом, при врожденной гипоплазии одной почки, при тромбозе одной почечной артерии. Стойкую гипертонию при кистозной почке, опухолях почки и травматическом ее поражении описал Б. Б. Коган (1948). Во всех случаях авторы были склонны видеть гипертонию не столько от уменьшения массы паренхимы почек, сколько от компрессии сосудов в остающейся почечной ткани и ишемии почек. Считают, что ишемия почки способствует выработке ею прессорных веществ в результате угнетения окислительных энзиматических процессов (А. М. Утевский — 1949), наличия общей и локальной почечной аноксии (А. М. Чарный и сотр.) и извращенных стимулирующих импульсов с интерорецепторов почки и ее сосудов.

Приводимое нами наблюдение представляет интерес с точки зрения роли травмы почки и ее крупных сосудов в развитии гипертонии.

Б-ной В., 43 лет, поступил с жалобами на головные боли, одышку при ходьбе и физическом напряжении, периодические боли в правой половине поясницы. Одышка страдает 7 лет, головными болями — в течение последних двух лет. Несколько месяцев безуспешно лечился по поводу гипертонической болезни. Ранее ничем не болел. Перенес два тяжелых осколочных ранения: первое с потерей правого глаза, второе с поражением печени, правых девятого и десятого ребер и правого легкого. По поводу второго ранения были операции на печени и частичная резекция правого девятого ребра.

Б-ной среднего роста, пониженной упитанности. На коже голеней, ягодиц и правой половины туловища рубцы от осколочных ранений. Параллельно правой реберной дуге — операционный рубец 12×2 см с небольшой рубцовой грыжей. Коробочный перкуторный звук над нижними отделами и рассеянные сухие хрипы над обоими легкими. Над областью правой почки сзади выслушивается резкий, дующий, двойной и непрерывный шум с систолическим усилением, синхронный сердечным сокращениям. Границы сердца расширены влево на 0,5 см, акцент второго тона на аорте. АД при поступлении 190/100, а в дальнейшем в пределах 180—175 максимальное и 100—85 минимальное. Левый глаз — гиперметропия, глазное дно в пределах нормы, сосочек зрительного нерва, артерии и вены не изменены.

При анализе крови патологических отклонений не обнаружено.

Моча с удельным весом 1014, реакция кислая, следы белка. В осадке 2—3 лейкоцита в поле зрения. При функциональной пробе почек по Зимницкому в отдельных порциях мочи удельный вес от 1009 до 1020. Общий диурез — 1708 мл, ночной диурез 598 мл.

ЭКГ: ритм синусовый, девиация не выражена, вольтаж зубцов первого отведения снижен, T_1 — отрицательное.

Мочевина крови — 49,36 мг%, холестерин сыворотки крови — 200 мг%. При рентгеноскопии грудной клетки — эмфизема легких, высокое стояние правого купола диафрагмы со спайкой; инородное тело справа в мягких тканях в нижнем поле латерально; границы сердца слегка расширены влево, аорта расширена и уплотнена. На рентгенограмме поясничной области теней от камней почек не определяется. Повреждение девятого и десятого ребер справа с дефектом костной ткани. Инородные тела (металлические осколки) в проекции десятого ребра, у 12 грудного позвонка и второго поясничного позвонка.

Мы рассениваем этот случай как гипертонию почечного характера, по-видимому, на почве травматической аневризмы крупных сосудов правой почки. Лечебные мероприятия существенно не понизили АД. Холестерин сыворотки крови оставался в пределах 192—200 мг%, не прекратились головные боли, неприятные ощущения в области сердца, периодические боли в правой половине поясницы.

Прижизненная диагностика аневризмы почечной артерии нелегка. Но она, по мнению А. Н. Рыжих (1931), наблюдавшего случай травматической аневризмы почечной артерии и тщательно собравшего всю литературу по этому вопросу, не составляет трудности, если над почечной областью выслушивается сосудистый шум.

1. Карлик Л. Н. и Бурачевский И. И. Клинич. мед., 1945, 10—11.—
 2. Коган Б. Б. Новости мед., 1948, VII.—3. Кушелевский Б. П. и Баранц С. С.
 Клинич. мед., 1950, 6.—4. Рыжих А. Н. Нов. хир. арх., 1931, 22.—5. Сель-
 ман М. И. Нов. хир. арх., 1931, 22.—6. Тареев Е. М. Нов. мед., 1948, 7.—
 7. Утевский А. М. Врач. дело, 1949, 5.—8. Чарный А. М., Сыркина П. Е. и
 Красавицкая С. Э. Нов. мед., 1948, 7.

Поступила 21 апреля 1959 г.

ГИПЕРНЕФРОИДНЫЙ РАК НАДПОЧЕЧНИКА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Доктор мед. наук Н. П. Медведев

Кафедра общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин)
Казанского медицинского института

Рак надпочечника у взрослых встречается сравнительно редко. И. Ф. Пожарийский (1923) из 84 различных заболеваний надпочечников только в двух наблюдал первично злокачественное изменение. В. И. Левинсон (1956) описал случай рака надпочечника у женщины с эндокринными нарушениями. В. А. Михайличенко (1958) сообщает об одном случае рака надпочечника с последующими метастазами и летальным исходом.

Ввиду незначительного количества описаний рака надпочечника у взрослых без эндокринных расстройств и трудности диагностики этого заболевания, считаем необходимым привести нижеследующее наблюдение.

Б-ная Х., 49 лет, поступила 1/X-59 г. с диагнозом: эхинококк печени.

Жалуется на тяжесть и тупые боли в правом подреберье. Боли не зависят от приема пищи. Больной себя считает 6 месяцев. Сначала стала отмечать слабые ноющие боли в правом боку, а затем в подреберье стала прощупывать плотное образование.

Упитанность понижена, кожа и слизистые нормальной окраски, лимфатические узлы не увеличены, волосистый покров в норме. Со стороны эндокринной системы нарушений нет. Легкие и сердце — в пределах нормы. Пульс — 76, ритмичный, хорошего наполнения, АД — 100/60.

В правом подреберье видимое на глаз выпячивание. Пальпируется плотное образование, тугоэластической консистенции, почти безболезненное, не смещается. В остальных отделах живот мягкий, уплотнений нет, брюшная стенка без напряжения.

29/IX-59 г. Нб — 72%, Э. — 4 150 000, ц. п. — 0,8, РОЭ — 28 мм/час, п. — 7%, с. — 58%, л. — 20%, м. — 10%, э. — 5%.

Моча соломенно-желтого цвета, кислая; белка, сахара и ацетона нет. Уд. вес — 1017. Уробилиноген, уробилин и билирубин отсутствуют. В осадке — лейкоциты до 10 в поле зрения, единичные выщелоченные эритроциты, скопления клеток плоского эпителия.

30/IX при рентгеноскопии желудка и кишечника патологии не выявлено.

Реакции Вассермана и Кацони отрицательны. Температура в пределах 37,2—37,3°.

После соответствующей подготовки больная назначена на операцию с предположительным диагнозом эхинококка печени.

15/X под местной анестезией по А. В. Вишневскому разрезом в 30 см вдоль правой реберной дуги вскрыта брюшная полость, обнаружена эластическая округлая опухоль больших размеров, интимно спаянная с печенью. Стенки опухоли желтоватой окраски и покрыты обильной венозной сетью. Пункцией содержимое не добыто. Опухоль с большим трудом вылучена из срощений с печенью. Она интимно прилегла к капсуле почки, но в почку не прорастала. Основание ее припаяно к позвоннику. После удаления опухоли кровотечение из ложа остановлено, засыпан пенициллин и вставлена резиновая трубка. Видимых метастазов в печени, поджелудочной железе, желудке, лимфатических узлах и других отделах брюшной полости не найдено. Операционная рана послойно зашита. Во время операции перелито 200 мл крови и 100 мл противошоковой жидкости.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила первичным натяжением.

Удаленная опухоль округлой формы размером 25 × 25 × 15 см, эластической консистенции с плотной капсулой, покрытой выраженной венозной сетью. На разрезе стенки капсулы толщиной в 7—8 см в центре — кашецеобразная масса с примесью крови. Гистологически — гипернефроидный рак.