

Подкожное поврежденіе почек^{*)}.

Д-ра М. А. Чалусова.

Вопросъ о подкожномъ поврежденіи почек имѣетъ большую литературу за границей и разрабатывается во всѣхъ направленіяхъ; у насъ же число случаевъ этого рода поврежденій почек весьма мало, если судить по числу сообщаемыхъ случаевъ. До 1891 *Herzog* собралъ 118 случаевъ, проф. *Bobrowz* 1892 г. доложилъ о 141, изъ которыхъ 6—7 принадлежатъ русскимъ хирургамъ, *Reinz* черезъ 2 года опубликовалъ 224 случая, изъ нихъ около 10 описаны въ русской литер., *Delbet* въ 1901 году представилъ изслѣдованіе 321 случая, на 32 хирург. конгрессѣ *Riese* говорилъ уже о 491, а *Suter*, соединивъ статист. данныя предшественниковъ и прибавивъ къ нимъ собранныя имъ въ литературн. источникахъ, дѣлаетъ свои выводы на основаніи обзора 700 случаевъ, въ настоящее время число опубликованныхъ случаевъ уже превышаетъ 800! За то же время въ нашей литературѣ *Сарычевъ* до 1902 г. собралъ 18 случаевъ, прибавилъ къ нимъ 5 своихъ, а нашелъ у *Спижарнаго* два случая, у *Рябова* и *Рокицкаго* по 1 и ниже привожу описаніе своего случая, съ разрѣшенія проф. *И. А. Праксина* упомяну о его случаѣ, и того составляетъ только 29 случаевъ! И дѣйствительно подкожное поврежденіе почек, можно сказать, явленіе весьма рѣдкое; въ судебно-медицинскомъ институтѣ г. Вѣны за 20 лѣтъ (съ 1878 по 1897 г.) сдѣлано 494 вскрытія погибшихъ отъ нарушенія цѣлости внутреннихъ органовъ, при чемъ печень была повреждена въ 59,9%, селезенка 53%, почка въ 21,5% кишки въ 11% и т. д.; такой большей % выпадаетъ на долю почекъ въ тяжелыхъ случаяхъ, кончающихся смертью. Въ общей же массѣ поврежденій отношенія другія; по *Küster*'у за 20 лѣтъ въ клиникахъ Базельской и Магдебургской и берлинскомъ *Augusta Hospital* прошло 29,224

^{*)} Доложено въ засѣданіи Общества врачей при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 27 октября 1911 года съ демонстраціей больного.

больныхъ, у 7741 изъ нихъ были поврежденія, почка была повреждена всего лишь 10 разъ, т. е. 0,12%. На 7805 патолого-анатомическихъ вскрытій въ Мюнхенскомъ институтѣ *Herzog* указывается 17 случаевъ поврежденія почки, изъ нихъ одно открытое; на 9500 хпр. больныхъ въ Лондонскомъ *St. Georg Hospital* было только 9 поврежденій почекъ.

Такой незначительный % поврежденій почекъ объясняется во первыхъ ихъ защищеннымъ положеніемъ въ организмѣ и во вторыхъ ихъ сравнительно малой величиной.

Наиболѣе важными сторонами вопроса о подкожныхъ поврежденіяхъ почекъ являются діагнозъ и леченіе; діагнозъ заключаетъ въ себѣ не только общіе признаки поврежденія органа, но и симптомы, что имѣетъ рѣшающее значеніе степени поврежденія почки. *Küster* разбиваетъ всѣ поврежденія почекъ на 5 группъ; во 1-хъ разрываетъ жировой капсулы почки; какіе существенные признаки этого страданія?

Боль въ почечной области явленіе общее для всѣхъ видовъ почечныхъ поврежденій; почечная ткань и лоханка при этомъ видѣ поврежденія не страдаютъ, потому моча въ достаточномъ количествѣ и полное отсутствіе гематурии; вслѣдствіе разрыва сосудовъ жировой капсулы припухлость въ области почки можетъ быть, но рѣдко она достигаетъ громадныхъ размѣровъ; при выжидательномъ леченіи кровь можетъ рассосаться совершенно или дать осумбованную кисту; содержимымъ этой кисты можетъ быть кровь или бурая или совершенно прозрачная жидкость. Въ этомъ отношеніи интересны наблюденія и взгляды *Delbet*, *Coenen'a* и др. на интра и экстракапсулярныя кисты почекъ.

2-ая группа поврежденій почекъ по *Küster'u* охватываетъ тѣ случаи, гдѣ страдаетъ ужь почечная ткань, но разрывъ не достигаетъ лоханки или *hilus'a*; обычно здѣсь кровоизліяніе побольшее, такъ какъ страдаютъ мелкіе сосуды; выдѣленіе мочи можетъ быть или не бываетъ въ околопочечное пространство; пагноеніе благодаря выдѣленію мочи наблюдается чаще; при покойномъ положеніи и отсутствіи инфекции разрывы почки этого вида быстро заживаютъ, такъ какъ они не глубоки и обычно не многочисленны. Гематурия отсутствуетъ, количество мочи можетъ существенно не измѣняться.

Третья группа *Küster'a* включаетъ тѣ случаи поврежденій почекъ, гдѣ почечная ткань разрывается до лоханки въ одномъ или многихъ мѣстахъ и въ различныхъ направленіяхъ; на первое мѣсто здѣсь выступаетъ гематурия; лоханка можетъ быть наполнена сгустками крови, препятствующими оттоку мочи; количество мочи рѣзко измѣняется; такое явленіе наблюдалось въ моемъ случаѣ; послѣ отхожденія сгустковъ крови количество мочи быстро

наростаеъ; пузырь также можетъ быть наполненъ свернувшейся кровью; если съ разрывомъ ткани до лоханки разрывается и капсула, то можетъ образоваться быстро нарастающая припухлость въ почечной области и благодаря разрыву нѣсколькихъ крупныхъ сосудовъ и вытеканию мочи достигъ весьма большихъ размѣровъ.

Въ четвертой группѣ *Küster'a* почка разрывается на нѣсколько кусковъ; нѣкоторые остаются на рыхлой связи между собой и *hilus'омъ*, нѣкоторые плаваютъ свободно въ излившейся крови. Гематома нарастаеъ быстро, признаки острой анемии, гематурія меньше; быстрое нагноеніе и при выжидательномъ леченіи въ громадномъ $\frac{9}{10}$ смерть.

Въ пятой группѣ остаются тѣ случаи поврежденія, гдѣ сама почечная ткань не повреждается, но почка отрывается или отъ мочеточника или отъ *hilus'a* или наконецъ совсѣмъ отдѣляется отъ почечной ножки. Въ этихъ случаяхъ гематурія или отсутствуетъ совсѣмъ или она ничтожна; количество мочи въ пузырь рѣзко падаетъ; кровоизліяніе въ околопочечную область громадное; острая анемія.

Прежде чѣмъ перейти къ вопросу о леченіи подкожныхъ почечныхъ поврежденій, я приведу свой случай.

Мальчикъ Г. М. 6 лѣтъ, играя въ саду со сверстниками, залѣзъ на столъ и по неосторожности упалъ оттуда животомъ на стоящую у стола скамейку; картину паденія изъ старшихъ никто не видѣлъ, самъ же больной, отъ страха, болѣе въ животѣ, только объяснитъ не могъ. Тотчасъ послѣ паденія всталъ, согнувшись на лѣвый бокъ и хромая на лѣвую ногу пришелъ въ комнаты съ жалобами на боль въ животѣ и во всемъ лѣвомъ боку; его уложили въ постель; паденіе произошло около 4 часовъ полудни 23/уи 11 г. Въ 11 часовъ ночи, т. е. черезъ 7 часовъ послѣ паденія появилось желаніе мочиться; при мочеиспусканіи появилась кровь и затѣмъ вышло значительное количество сгустковъ крови и снова кровь. Въ 1 часъ ночи былъ врачъ; назначилъ холодъ на животъ и успокоилъ родителей. Вечеромъ два раза рвота. При позывахъ на мочеиспусканіе изъ канала выходила моча, интенсивно окрашенная кровью, вообще мочи мало — стаканъ — $1\frac{1}{2}$ за вечеръ.

Я увидѣлъ больного около часу 24/уи; мальчикъ очень худой, блѣдный; на кожныхъ покровахъ живота, лѣваго бока и лѣвой ноги ничего особеннаго; мальчикъ жалуется на боли въ животѣ особенно у симфиза и лѣвомъ подреберьи. Легкая перкуссия и пальпація, насколько возможно было произвести ихъ при сильныхъ боляхъ и крикѣ ребенка, не обнаружили ничего особеннаго какъ въ области пузыря, такъ и въ области почки. Моча выведена

катетеромъ, добыто около $\frac{1}{2}$ стакана на видъ почти чистой крови. Назначенъ лёдъ на животъ, опорожненіе пузыря катетеромъ, полный покой. Темпер. нормальная, пульсъ 100 удар. хорошаго наполненія. Рвота два раза желчью. Вечеромъ при опцупываніи мышцы живота справа расслаблены, слѣва напряжены.

Утромъ 25/уи свободная рвота желчью нѣсколько разъ; изъ уретры выдѣлилось значительное количество сгустковъ крови; діаметръ ихъ не болѣе діаметра карандаша; они довольно плотны, замѣтны по периферіи жилки фибрина. По удаленіи этихъ сгустковъ мочится сталъ самъ совершенно свободно, моча свѣтлая, количество ея рѣзко увеличилось,—за утро стакана 2—3. При осмотрѣ больного животъ оказался страшно вздутымъ и болѣзненнымъ особенно у симфиза и въ лѣвомъ боку, пульсъ 150—160 удар. въ минуту, въ 7 час. утра t° 38,3, въ 11 часовъ 38,5 $^{\circ}$; послабленія не было со времени паденія, газы не отходятъ. Была поставлена глицериновая клизма, но эффекта не произвела: газы не отходятъ, діафрагма отодвигается все выше, дыханіе частое поверхностное.

Итакъ на осованіи всей картины страданія можно было думать о поврежденіи почки, пузыря и кишечника; мѣста приложенія силы указать никто не могъ; со стороны пузыря можно было думать о разрывѣ или одной слизистой или слизистой и мышечной, но такъ какъ около пузыря не наблюдалось никакого пригугленія, область его была лишь болѣзненна, то характеръ сгустковъ и игра мочеотдѣленія вмѣстѣ съ болью въ области почекъ говорили болѣе за поврежденіе почки; чѣмъ могъ быть вызванъ *ileus acutus*? пригугленія въ области живота и почки не было обнаружено, стало быть исключалась возможность внутрибрюшиннаго разрыва почки; при поврежденіяхъ почки наблюдается часто метеоризмъ, но рѣдко этотъ метеоризмъ принимаетъ такіе грозные размѣры при отсутствіи поврежденія кишечника, какъ въ нашемъ случаѣ; появленіе его совпало съ моментомъ утиханія процесса въ почкахъ: моча прозрачна, въ достаточномъ количествѣ, между тѣмъ со стороны кишечника черезъ 36 часовъ послѣ поврежденія развертывается новая картина—полная непроходимость, частый малый пульсъ, поверхностное частое дыханіе, t° 38,5, болѣзненный особенно въ лѣвой сторонѣ животъ. Все это говорило за то, что пострадала не только почка, но и кишечникъ; поэтому былъ поставленъ діагнозъ: *ruptura renis sinistra subcutanea et trauma intestini—S romani*.

Такъ какъ не было обнаружено кровоизліянія ни около почки, ни въ брюшной полости, то нужно было думать о разрывѣ почки, проникающемъ до лоханки, но безъ разрыва капсулы почки и ея брюшиннаго покрова.

Съ согласія родителей больной былъ перевезенъ въ Госпитальную Хирургическую Клинику (Каз. университет.); тотчасъ же больному въ гестумъ былъ введенъ гуттаперчевый зондъ, но онъ могъ войти не болѣе $\frac{1}{4}$ аршина и выводилъ только остатки слизи съ разжиженнымъ каломъ изъ нижняго отръзка кишки; газы не отходили.

Около 3 часовъ 25/vii была произведена въ клиникѣ лапаротомія. Подготовка операціоннаго поля и рукъ была сдѣлана по *Grossich'y*: омовеніе послѣдовательно бензиномъ, эфиромъ, спиртомъ и t-га jodi.

При разрѣзѣ живота по linea alba нѣсколько выше пупка и до симфиза стали выпадать въ рану сильно раздутыя петли тонкихъ кишекъ; серозный покровъ безъ измѣненій; вся лѣвая паріетальная часть брюшины синеваго цвета, на днѣ брюшной полости между толстой кишкой и пузырькомъ марлевымъ шарикомъ убрано немного сгущенной крови; брюшина, покрывающая пузырь слѣва и сзади красна, но на пузырь нѣтъ ни сгустковъ крови, ни паразитовъ. Толстая кишка между ребернымъ краемъ и гребешкомъ подвздошной кости синеваго цвета на протяженіи около $\frac{1}{4}$ аршина, дуги подобной окраски по кишкѣ идутъ вверхъ и внизъ; mesocolon кишки довольно длинный такого же цвѣта; кишка въ мѣстѣ ушиба спалась и сложилась въ видѣ плоской петли; мѣстами на ушибленной части петли замѣтны отложенія тонкихъ узкихъ полосовъ фибрина. Къ вершинѣ этой петли толстой кишки, приподнятой къ передне-боковой стѣнкѣ живота, начала припаваться раздутая петля тонкихъ кишекъ. Селезенка и лѣвая почка были изслѣдованы пальцемъ; ничего непормальнаго въ этой области прощупать не удалось. Петля тонкой кишки, припавшаяся къ петлѣ толстой кишки безъ труда отведена, петля толстой кишки осторожно расправлена и уложена на мѣсто; на ней не обнаружено ни трещинъ, ни выступленій крови въ полость брюшины изъ ея кровоподтековъ. Какъ только кишка была расправлена и уложена на мѣсто, черезъ задній проходъ начали громко выдѣляться газы. Принимая во вниманіе цвѣтъ ушибленной части кишки, начавшееся отложеніе фибрина и t° въ 38,5 съ плохимъ пульсомъ, я ушибленное мѣсто кишки отграничилъ двумя тампонами; брюшная полость была закрыта общими шелковыми швами на всемъ притяженіи, за исключеніемъ нижняго участка, гдѣ были введены тампоны.

Дальнѣйшее теченіе болѣзни: къ вечеру дня операціи пульсъ 100 удар. въ минуту, хорошаго наполненія, животъ значительно опалъ, общій видъ и самочувствіе больного много лучше; раза два за время, проведенное больнымъ въ клиникѣ пульсъ подымался до 120; нѣсколько разъ появлялись сильныя боли въ области лѣвой

почки, распространяющіяся на бедро и мошонку, но отъ примѣненія тепла проходили черезъ нѣсколько часовъ. Темпер. была все время въ предѣлахъ нормы. На 4-й день тампоны удалены; на 7-й день, рана оставшаяся послѣ тампоновъ и не успѣвшая закрыться, зашита. На 12-й день швы сняты. На 13-й день больной въ хорошемъ состояніи изъ клиники переведенъ домой по желанію родителей. Во время перевязокъ каждый разъ область почки была изслѣдована, никакой припухлости не было обнаружено; моча все время прозрачна, безъ бѣлка и въ достаточномъ количествѣ.

На 20-й день послѣ операціи больному позволено сидѣть и вставать; все время чувствовалъ себя прекрасно, былъ веселъ и пользовался хорошимъ аппетитомъ. 17/VIII послѣ легкой прогулки по комнатѣ вдругъ почувствовалъ сильную боль въ области лѣвой почки, легъ и не желалъ вставать, аппетитъ плохой, пульсъ 120 удар. въ минуту, t° 36,4^o; при перкусіи и пальпаціи области лѣвой почки притупленіе и припухлость; ощупываніе болѣзненно, боль отдаетъ въ бедро и мошонку той же стороны; мочи мало, ставанъ, много два за сутки. Опухоль быстро растетъ съ каждымъ днемъ; 27/VIII опухоль занимала пространство вверху отъ седьмого ребра до гребенка подвздошной кости и симфиза внизу, съ внутренней стороны сагит. на 1,5 не доходила до пупка, взади тупой звукъ сливался съ притупленіемъ надъ позвоночникомъ; кишки перкутируются надъ опухолью съ передне-внутренней стороны; лѣвый бокъ выпяченъ, кожа нормальной окраски напряжена какъ на барабанѣ, пульсъ 120, хорошаго наполненія, t° 36,4, мочи мало. Припухлость не смѣщается съ перемѣной положенія. Вся сумма признаковъ и послѣдовательность ихъ появленія создаютъ весьма рѣзко выраженную картину гидронефроза, остро на глазахъ развившагося; поэтому діагнозъ былъ поставленъ *hydronephrosis reni-sinistri traumatica*.

27/VIII подъ эфирнымъ усыпленіемъ операція дома; косою разрѣзъ между 12 ребромъ и *m. lumbodorsalis* по направленію къ *sp. oss. il. ant. sup.* Тотчасъ по раздѣленіи мышцъ брызнула жидкость; мѣшокъ былъ вскрытъ въ длину всего разрѣза т. е. сант. на 12; вытекло колоссальное для 6 лѣтняго ребенка количество жидкости сначала прозрачной, желтовато-янтарнаго цвѣта, затѣмъ мутной съ обиліемъ слизисто гнойныхъ хлопьевъ; ни сгустковъ крови, ни камней не обнаружено; при изслѣдованіи полости мѣшка пальцемъ не удавалось достигъ верхней и нижней границы; боковыя стѣнки усыпаны мелкимъ пескомъ; по направленію вверху взади и внутри можно было ясно прощупать сосочки почки. Оболочка мѣшка была подшита въ трехъ мѣстахъ къ краямъ раны; полость выполнена тампонами, среди которыхъ заложенъ толстый дренажъ. Къ вечеру повязка промокла и смѣнена; 28/VIII

темпер. и пульсъ нормальны, повязка мѣняется два раза въ день, количество мочи черезъ уретру 180 к. савт.; при изслѣдованіи этой мочи, произведенной Д-ромъ А. А. Мелкишъ ничего ненормальнаго не найдено; слѣдующіе пять дней количество мочи колебалось между 180—300 куб. савт., повязка мѣняется два раза въ день; на 6-й день количество мочи черезъ уретру 515 к. с.; тампоны и дренажъ убраны и замѣнены болѣе короткими; на 10-й день моча черезъ уретру 400 к. с.; тампоны убраны совсѣмъ, вставляется лишь полоска марли между краями раны; на 12-й день моча 730, повязка мѣняется одиѣкъ разъ: путемъ взвѣшиванія сухой повязки и бѣлья и затѣмъ пропитанныхъ мочей тѣхъ же предметовъ количество мочи, вытекающей черезъ свищъ опредѣлено въ 450 к. с.; на 15 день изъ уретры мочи получено 1110 к. с., повязка суха; въ дальнѣйшемъ повязка все время суха, количество мочи за сутки колеблется между 900 и 1400 к. савт.; 5/х повязка совершенно удалена; получился хорошій втянутый рубецъ 22/х моча снова изслѣдована: ничего ненормальнаго въ ней не обнаружено. Мальчикъ за это время хорошо поправился; въ области лѣвой почки при изслѣдованіи ничего ненормальнаго не опредѣляется ни перкуссіей, ни пальпацией.

Такимъ образомъ приведенный мной случай относится по классификаціи *Küstler's* къ третьей группѣ, при чемъ мой случай служитъ какъ бы зародышемъ для развитія всѣхъ формъ поврежденія этой группы. Особенностью моего случая является и то, что не одна почка повреждена, былъ ушибленъ пузырь, *s. gonapuz* на столько пострадалъ, что создалась любопытная форма *ileus'a*. На этомъ обстоятельстве стоить немного остановиться. Дѣло въ томъ, что подкожныя ушибы живота съ поврежденіемъ кишечника представляютъ въ діагностическомъ отношеніи большія трудности. Проф. *Кадьянъ*, разсмотрѣвъ тщательно признаки подкожныхъ поврежденій кишечника, не находитъ абсолютно вѣрныхъ для каждой степени этихъ поврежденій и формулируетъ свою мысль такъ: „каждый, получившій поврежденіе кишечника, долженъ быть оперированъ, если хирургъ сомнѣвается въ легкости поврежденія, если онъ не увѣренъ, что въ данномъ случаѣ вѣтъ нарушенія цѣлости кишечной трубки“. Всякое промедленіе въ подобныхъ случаяхъ отражается весьма тяжело на общемъ состояніи здоровья больныхъ, съ каждымъ часомъ уноситъ ихъ силы и въ самый моментъ поздней операциіи они уже лишены возможности перенести ее. У дѣтей по наблюденіямъ *Alary* кишечная непроходимость, чѣмъ бы она ни вызывалась, еще быстрѣе и рѣзче, чѣмъ у взрослыхъ, отражается на общемъ состояніи, особенно на работѣ сердца. Поэтому *Alary* считаетъ раннюю операцию жизненнымъ показаніемъ. Оперативное вмѣшательство при неясномъ распознаваніи является по своей цѣ-

ля эксплораторнымъ, а при наличности поврежденія позволяетъ произвести все необходимое и чѣмъ ранѣе оно производится, тѣмъ лучше, тѣмъ выгоднѣе: больной еще силенъ и болѣе способенъ перенести хлороформъ и травму при операциі. *Kirstein* сопоставляетъ операциі по времени ихъ производства въ 14 случаяхъ поврежденія кишечника, при чемъ оперированные между 1—5 часомъ всѣ (4) выздоровѣли, оперированные между 5—10 выздоровѣли только въ 66,7% (изъ 3—2), между 1—15 выздоровленіе (1), между 16—20 въ 33% (изъ 3—1), между 21 и 60 часомъ всѣ умерли (3).

Правда статистика эта мала и допускаетъ много возраженій, но она въ полномъ согласіи съ наблюденіями клиницистовъ; *König*, высказываясь за раннюю операцию въ подобныхъ случаяхъ, говорить: „бѣда въ томъ, что въ первое время признаки поврежденія почти всегда сомнительны, и мы не только не знаемъ, которая кишка повреждена, но не рѣдко не знаемъ даже и того, существуетъ ли вообще поврежденіе кишечнаго канала. И когда наконецъ поврежденіе будетъ приведено въ явѣстность, то во многихъ случаяхъ оказывается, что мы опоздали“. Приступая къ лапаротоміи я имѣлъ въ виду осмотрѣть не только заподозрѣнный кишечникъ, но и пузырь, почку и селезенку. Поврежденіе сигмовидной кишки сравнительно не тяжелое—простой ушибъ, по ушиблена и брыжейка, начиналось уже отложеніе фибрина; ясно, что еслибы не установилось полной непроходимости такъ остро, какъ это было въ моемъ случаѣ, съ теченіемъ времени могли бы образоваться крѣпкія сращенія, борьба съ которыми много труднѣе, какъ учитъ клиника. Положеніе *s. rotundi*, подобное моему по при хронической непроходимости кишечника я нашелъ у *Rotter'a*; въ его случаѣ образовалась такая же петля, также приподнятая къ переднебоковой стѣнкѣ живота и между прикасающимися стѣнками кишки образовалось небольшое соустье вслѣдствіе какаго то язвеннаго процесса. Что бы образовалась такую петлю и въ такомъ положеніи, кишка необходимо должна скручиваться около своей оси, а брыжейка ея перегибается; если прибавить въ этому паретическое состояніе кишечника, то легко понять всю картину развившагося *Ilcus'a*.

Придерживаясь современной классификаціи острой кишечной непроходимости, (см. Орловъ) нашъ случай необходимо разсматривать и въ группѣ динамической, такъ какъ имѣются всѣ признаки паралитическаго состояніе ушибленной части кишки, и въ группѣ механической непроходимости, выраженной поворотомъ кишки вокругъ оси и перегибомъ ея брыжейки. Весьма интересно напомнить, что какъ только этотъ механическій моментъ былъ устраненъ, газы, скопившіяся въ верхнемъ отдѣлѣ толстой и тонкихъ кишекъ быстро своимъ напоромъ могли расправить ушибленную и спавшуюся часть кишки.

Другой особенностью моего случая является развившійся послѣ поврежденія почки гидронефрозъ.

Общей причиной появленія гидронефроза служить препятствіе къ оттоку мочи, гдѣ бы оно по пути отъ почки до пузыря ни произошло. Эти препятствія создаются различными причинами—стриктурами, клапанами, перегибами мочеточника, камнями или плотными сгустками крови, застрявшими гдѣ либо на его пути. Въ моемъ случаѣ наиболѣе вѣроятной причиной гидронефроза необходимо считать перегиб мочеточника вслѣдствіе ненормальнаго смѣщенія поврежденной почки. Въ самомъ дѣлѣ пока большой лежалъ, онъ жаловался на рѣзку на колѣкообразныя боли въ поврежденной почкѣ, которыя дов. быстро проходили; но опухоль въ области почки не появлялась; какъ только онъ началъ вставать и ходить, быстро появляются боли въ области почки, тотчасъ же уменьшается количество мочи и появляется припухлость и притупленіе; при операціи не обнаружено ни камней ни плотныхъ свертковъ фибрина, слизисто гнойныя хлопья ни въ какомъ случаѣ не могутъ служить матеріаломъ для закупорки мочеточника, потому что черезъ него проталкиваются даже камешки. Быстро наступившее излеченіе говоритъ скорѣе въ пользу моего объясненія причины; капсула была подшита къ краямъ раны, такимъ образомъ почка плотно фиксирована, какъ почка такъ и мочеточникъ благодаря этому стали въ болѣе нормальныя условія.

Весьма интересный вопросъ о травматическихъ гидронефрозахъ находится еще въ періодѣ развитія и въ немъ много неяснаго и спорнаго. Частота появленія гидронефроза послѣ травмы почекъ высчитывается различно; *Delbet* на 321 случай подкожныхъ поврежденій почекъ встрѣтилъ 52 указанія на появленіе гидронефроза, но въ 6 случаяхъ были околопочечныя кисты, такимъ образомъ остается „истинныхъ травматическихъ“ гидронефрозозъ 46, что составляетъ 14,3%, *Suter* на 522 подкожныхъ поврежденіяхъ почки нашелъ 43 истинныхъ гидронефрозозъ, т. е. только 8,2%, у *Рейна* на 224 случая приходится всего 8 гидронефрозозъ, изъ которыхъ нѣкоторые должны быть отнесены, съ точки зрѣнія *Delbet* къ *kystes paranephriques*, сг. б. по *Рейну* 0% гидронефрозозъ, появляющихся за травмой почек, менѣе 3,5%. Уже эти одніи цифры показываютъ, что еще не установлено, представленіе о травматическомъ гидронефрозѣ. Когда нефро или нефректоміей доказано, что сама почка расширена, содержащимъ ея служитъ моча, то имѣемъ истинный гидронефрозъ; у прежнихъ же авторовъ часто гидронефрозъ лечился проколомъ, почка не осматривалась, вытекающая жидкость обычно не изслѣдовалась, въ случаѣ излеченія они признавали гидронефрозъ, когда же прибѣгали къ нефротоміи, то находили почку на мѣстѣ и безъ всякой связи съ вскрытымъ

мѣшкомъ. И время появленія гидронефрозъ весьма различно, *Delbet* указываетъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ междутокъ времени, отдѣляющій травму отъ появленія гидронефроза, въ 10 лѣтъ; такой большой периодъ времени весьма сомнѣнливъ...

Лечение травматическихъ гидронефрозъ зависитъ всецѣло отъ тѣхъ условій, въ какихъ находится пораженная почка, здоровой и общаго состоянія больного. Говорить нечего о томъ, что въ громадномъ большинствѣ случаевъ выжидательное лечение оставлено, потому что оно только изнашиваетъ пораженную почку и даетъ время инфекціи превратить чистый гидронефрозъ въ пиогидронефрозъ. Консервативное хирургическое лечение—нефротомія въ неосложненныхъ инфекціей случаяхъ все таки даетъ удовлетворительные результаты, сюда относится и нашъ случай. Пункция, какъ терапевтическое мѣропріятіе должна быть совершенно оставлена. Въ случаяхъ *Delbet* пункция въ этомъ смыслѣ была примѣнена 32 раза и дала 8 выздоровленій, 21 рецидивъ и 3 смерти, нефротомія дала 18 излеченій, въ нѣхъ 9 съ фистулами и 9 безъ фистулъ и въ одной смерти, у *Suter'a* на 42 случая умерло 4, два безъ операціи и два при операціи, остальные 38 поправились, изъ нихъ 5 лечились выжидательно, 16 нефротоміей, 11 нефректоміей. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ современные методы изслѣдованія указываютъ устраняемое препятствіе къ оттоку мочи или гдѣ вторая почка не позволяетъ сдѣлать полное удаленіе органа, а отсутствіе инфекции даетъ возможность спокойно работать, примѣнимы пластическіе способы борьбы съ гидронефрозомъ вообще не только съ травматическимъ. У *Krois'a* собрано подобныхъ пластическихъ операцій на различныхъ отдѣлахъ мочеточника и лоханки 102, изъ числа этихъ больныхъ погибло 75, добрые результаты у 70 больныхъ, т. е. 68,6% и въ 20 случаяхъ неудача, т. е. 19,6%. Надо думать, что дальнѣйшія наблюденія и улучшеніе техники подобныхъ операцій еще болѣе понизятъ какъ % смертности, такъ и неудачъ. Наконецъ если нѣтъ противопоказаній со стороны здоровой почки, и гидронефрозъ не поддается консервативному лечению, остается прибѣгнуть только къ полному изсѣченію пораженной почки.

Переходя къ леченію подкожныхъ поврежденій почки мы встрѣчаемся съ цѣлымъ рядомъ вопросовъ, отъ выясненія которыхъ зависитъ вся постановка дѣла леченія. Во первыхъ въ вышеозначенныя 5 группъ поврежденій почекъ тупой силой *Küster'a* не входитъ группа ушибовъ почечной области, не сопровождающихся ни экстра ни интракапсулярнымъ поврежденіемъ почки или ея окружности. Подобные ушибы не оставявляются на себѣ вниманія многихъ авторовъ, а между тѣмъ они могутъ вести къ смѣщенію поч-

ли и потомъ къ образованію блуждающей почки со всѣми возможными послѣдствіями этого страданія. *Lobstein* приводитъ нѣсколько примѣровъ легкой травмы съ послѣдующимъ смѣщеніемъ и образованіемъ блуждающей почки; *Angerer* въ травмѣ видитъ даже этиологическій моментъ для возникновенія въ послѣдствіи острыхъ воспалительныхъ заболѣваній паренхимы почки. Далѣе весьма мало освѣщена судьба нефротомированной или выжидательно-леченой почки, подвергшейся поврежденію въ предѣлахъ второй и третьей группы по *Küster*'у. Многочисленные опыты на животныхъ показали, что разрывъ почки или ея небольшой разрывъ заживаютъ липейнымъ рубцомъ, но уже и у живыхъ кромѣ возможныхъ остро воспалительныхъ заболѣваній наблюдаются инфаркты, кисты, потеря части паренхимы, отношеніе остающейся паренхимы мало выяснено и даже у опытныхъ животныхъ полученные результаты оспариваются: по отношенію же къ нефротомированной или поврежденной и потомъ зажившей почкѣ у человѣка извѣстно еще менѣе.

Rörke собралъ весь до сихъ поръ извѣстный матеріалъ отдаленныхъ послѣдствій нефротоміи у человѣка; оказалось 9 случаевъ, изъ нихъ въ одномъ оказались туберкулы, 2—3 другихъ осмотрѣны только невооруженнымъ глазомъ и потому дѣлать какіе либо выводы, научно обоснованные, о судьбѣ нефротомированной (resp. поврежденной) почки нѣтъ еще возможности. А вѣдь съ рѣшеніемъ этого вопроса связана цѣнность, какъ консервативнаго терапевтическаго метода, нефротоміи, съ нимъ же въ близкомъ родствѣ стоитъ вопросъ о заживаніи почки какъ въ смыслѣ выбора матеріала, такъ способа вложенія самого шва, сюда же конечно относится вопросъ о разрывѣ почки при нефротоміи. Въ послѣднее время вопросомъ о разрывѣ поперечномъ и продольномъ занимался *Повиковъ* и методикою нефротоміи *Крымовъ*; стоитъ взглянуть на рисунки почекъ у *Крымова*, чтобы оцѣнить значеніе шва на почкѣ.

Переходя къ леченію травматическихъ поврежденій почекъ, мы встрѣчаемъ здѣсь три главнѣйшихъ метода: выжидательный, радикальный—иссѣченіе пораженной почки,—и сохраняющій оперативный методъ. О выжидательномъ леченіи можно говорить, мнѣ кажется, только для первыхъ двухъ группъ поврежденія почекъ по *Küster*'у; Однако многіе считаютъ выжидательный и консервативный методы леченія избранными почти для всѣхъ группъ *Küster*'а. *Frank* изъ клиники *Körte* высказывается за выжидательный методъ леченія; онъ сообщаетъ о 39 случаяхъ поврежденія почекъ, изъ которыхъ выздоровѣло 33 (84%), умерло 6 человѣкъ, изъ послѣднихъ трое были оперированы, всего не оперированныхъ вслѣдствіе пагоснвія было 5; всѣ остальные лечились выжидательно. Повидимому большая часть хирурговъ держится мнѣнія непо-

средственнаго вмѣшательства послѣ травмы. Выгоды подобнаго вмѣшательства очевидны: больной въ первое время еще сохраняетъ силы, не такъ много потерялъ крови, еще не наступила инфекция, широкій разрѣзъ обнажаетъ почку и позволяетъ осмотрѣть степень ея поврежденія; если послѣднее вполне дозволяетъ примѣнить консервативный методъ леченія, то вмѣ можно воспользоваться съ полнымъ убѣжденіемъ въ его примѣнимости и цѣлесообразности; если поврежденіе настолько велико, что думать о сохраненіи функціи почки, не подвергая больного громадному риску получить инфекцію, не приходится; немедленно, не теряя времени необходимо, приступать къ удаленію органа. Конечно, при такомъ образѣ дѣйствія всегда слышится упрекъ, что состояніе второй почки не извѣстно и даже не извѣстно, есть ли эта вторая почка. Съ этимъ упрекомъ несомнѣнно приходится считаться и если есть время произвести надлежащее изслѣдованіе функциональной способности другой почки, то оно и должно быть произведено. Проф. *Бобровъ*, *Рейнъ* и др. для выясненія состоянія второй почки рекомендуютъ удалить пораженную почку черезъ лапаротомію, которая позволяетъ въ тоже время осмотрѣть состояніе всѣхъ органовъ брюшной полости. Но во многихъ экстренныхъ случаяхъ поврежденія почекъ во первыхъ нѣтъ времени производить тщательное изслѣдованіе, а во вторыхъ опросъ и осмотръ больного позволяютъ до нѣкоторой степени выяснить его состояніе до полученнаго поврежденія. Проф. *Бобровъ* въ такихъ затруднительныхъ случаяхъ предложилъ пользоваться лапаротоміей для перевязки сосудовъ почки въ цѣляхъ остановки кровотеченія и затѣмъ, когда больной нѣсколько оправится отъ шока и потери крови, приступитъ къ удаленію органа. На сколько настоятельны бываютъ показанія къ немедленному оперативному вмѣшательству, показываетъ случай пр. *И. А. Праксина* *); признаки острой анеміи нарастаютъ на вашихъ глазахъ, сердечная дѣятельность слабѣетъ; остаются въ такихъ случаяхъ спокойнымъ зрителемъ крайне тяжело при сознаніи, что больной каждую минуту можетъ погибнуть; еще рѣзче эти признаки выступаютъ въ случаѣ *Рокицкаго*, гдѣ поврежденіе почки относится къ 5-й группѣ *Küster'a*; *Рокицкий* въ первые два часа послѣ поврежденія приступилъ къ оперативному вмѣшательству и только благодаря столь раннему вмѣшательству спасъ больному жизнь.

Выше мы видѣли, что *Frank* при выжидательномъ леченіи получилъ высокій % выздоровленій, при хирургическомъ вмѣшательствѣ у него изъ 5 умерло 3; *Delbet* и *Riese* на 490 больныхъ

*) Ст. пр. *И. А. Праксина* не опубликована, но докладъ о немъ былъ сдѣланъ въ Общ. вр. при Импер. Каз. унив. 4 апрѣля 1909 года.

всего умершихъ имѣли 90, что составляетъ 19,6%, *Suter* на 211 35 умершихъ, т. е. 16,5%.

Сопоставляя огромный матеріалъ *Delbet*, *Riese* и *Suter*'а получаемъ смертность (на 701 случай) при выжидательномъ леченіи 20,6%, смертность при нефректомиі 16,7% и для хирургически консервативно леченныхъ случаевъ (тампонада, повъ) 14,6% смертности. Такая разниа повидимому объясняется тѣмъ, что выжидательный методъ примѣняется во всѣхъ случаяхъ, повтому и даетъ такой большой % смертности, а нефректомиа примѣняется въ наиболѣе тяжелыхъ т. е. тяжелыхъ поврежденіяхъ, что несомнѣнно также повышаетъ значительно % смертности при ней; такимъ образомъ избраннымъ методомъ, позволяющимъ въ каждомъ случаѣ ориентироваться и дать себѣ отчетъ о степени поврежденія и возможности примѣненія того или другого мѣропріятія, является консервативно-оперативный методъ.

Печатные источники.

- А. Бобровъ.* Подкожные разрывы почки Лѣтоп. Русск. Хир. 1892 г. кн. 3.
- Ильинъ.* Случай травматическаго поврежденія лѣвой почки. Мед. Обзор. 1892 г. стр. 933.
- Котовъ.* Ежегодный. Клиник. Газета Боткина 1886 г. № 35.
- Косинскій.* Подкожный разрывъ почки. Извѣщеніе. Centralblatt f. Chir. 1892 г. № 6.
- Рейнъ.* О подкожныхъ поврежденіяхъ почекъ. Дисс. Москва 1894 г.
- Цейдлеръ.* Объ оперативномъ вмѣшателствѣ при подкожныхъ разрывахъ почки. Больн. Газета Боткина 1897 г.
- Щеголевъ.* Къ вопросу о происхожд. травматическихъ гидронсфрозъ. Лѣт. Русск. Хир. 1898 г.
- Рузецъ.* Случай подкожнаго поврежденія почекъ. Военно Медиц. Журн. 1898 г. май.
- Сарычевъ.* О подкожныхъ поврежденіяхъ почки. Медич. Обзорѣніе 1902 г. стр. 189.
- Рябовъ.* Къ казуистикѣ хир. заболѣв. почекъ. Русскій врачъ 1903 г. № 30.
- Спижарный.* Поврежденія и заболѣванія почекъ. 1905. Русская Хирургія.
- Рокитскій.* Хир. Архивъ Бллярминова 1911 г. кн. 5.

- Крымовъ.* Къ техникъ нефротоміи. Хирург. 1907 г. № 131.
- Новиковъ.* Nieren und Nierenbeckenincisionen und deren Einfluss auf das Gewebe sowie auf die Functionsfähigkeit der Niere. Arch. f. Kl. Chir. B. 96. H. I.
- Зыковъ.* Поврежденія и заболѣванія брюшины 1903. Рус. Хир.
- Кадьянъ.* Поврежд. и хир. заболѣв. кишекъ и брыжейки 1903. Русск. Хирургія.
- Кенигъ.* Рук. частной Хир. т. II стр. 164 издание 1894 г.
- Frank.* Zur Frage der Behandlung subcutaner Nierenverletzungen. Arch. f. Klin. Chir. B. 83, H. 2.
- Röpke.* Die Folgen der Nephrotomie für die menschliche Niere. Arch. f. Kl. Chir. B. 84. H. III.
- Küster.* Die chirurgischen Krankheiten der Niere 1896.
- Delbet.* Kystes paranéphriques et uronephroses traumatiques. Revue de Chirurgie. 1903. V. XXVIII.
- Suter.* Ueber subcutane Nierenverletzungen, insbesondere über traumatische paranephritische Ergüsse und traumatische Uronephrosen. Beiträge z. Klin. Chir. B. 47.
- Coenen.* Das perirenale Hämatom. Beitr. z. klin. Chir. B. 70.
- Angerer.* Einseitige chronische interstitielle und hämorrhagische Nephritis. Arch. f. Klin. Chir. B. 81. H. 2.
- Alapy.* Der Darmverschluss der Kinder. Arch. f. Klin. Chir. B. 91.
- Rotter.* Ueber entzündliche Stricturen des Colon Sigmoid. et Pelvinum. Arch. f. Klin. Chir. B. 61.
- Angerer.* Ueber subcutane Darmrupturen und ihre operative Behandlung. Arch. f. Klin. Chir. B. 61.
- Lobstein.* Die Wandernieren und Hydronephrosen der Heidelberger Klinik. Beitr. z. Klin. Chir. B. 27.
- Kroiss.* Ueber die plastischen Operationen am Nierenbecken und oberen Uretherabschnitt bei den Retentionsgeschwülsten der Niere. Beitr. z. Klin. Chirurgie B. 58.
- Fischer.* Ein Beitrag zur Nierenchirurgie. Beitr. z. Klin. Chir. B. 58.