

К вопросу о травматических подкожных разрывах почки *).

Ординатора Э. М. Красинской.

Травматические повреждения почек, в виду защищенного и глубокого положения последних, встречаются довольно редко, по сравнению с травмами других органов. Так, по статистике Küster'a, собравшего 7,741 разнообразных травматических случаев, в этом числе было всего 9 случаев закрытых и 1 случай открытого повреждения почек, что составляет 0,12‰. Morris на 2,610 вскрытий умерших после различных травм встретил лишь 13 случаев повреждения почек, что составляет 0,49‰. Gueterbock на 9,400 хирургических больных имел всего 9 больных с повреждениями почек (менее 0,1‰).

Особенно редко встречается подкожный травматический разрыв почки, притом изолированный, т. е. без повреждений других органов. Hamilton Bailey описывает 135 таких случаев разрыва почки, среди которых 97 были осложнены повреждениями других органов. Еще чаще повреждения эти встречаются у мужчин, что объясняется особенностями строения их тела и одеждой, а отчасти тем, что мужчины, по характеру своих занятий, чаще подвергаются разным насилиям; у женщин они представляют большую редкость.

Несмотря на редкость травм почек, важность и серьезность последних весьма велика и стоит в противоположном отношении к частоте этих случаев. Это обстоятельство и побуждает нас описать случай травматического разрыва почки, представляющий интерес еще по своей этиологии, патогенезу и показаниям к операции.

Больной В. С., 12-ти лет, катаясь на лыжах 13/II 1926 г., в 6 ч. вечера, упал и ушиб себе левый бок в области поясницы. Довольно сильные боли в левом боку все же не помешали ему встать и с трудом добраться домой. Возвратившись домой, больной помочился, причем тут же заметил кровянистый характер мочи. Боли в боку усилились, и с такими явлениями больной был в 8 ч. веч. того же дня привезен в больницу, где он вторично помочился уже чистой кровью. В то же время у него появилась рвота, и обнаружилась припухлость в левой почечной области. При исследовании живота последний оказался напряженным, умеренно вздутым, при поколачивании сзади наперед область левой почки болезненна; больной при дыхании заметно шадит левый бок. Язык сухой. Больной слегка анемичен, но в полном сознании. Пульс 100, среднего наполнения, 1° 36,8°. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не отмечается. Дежурный врач назначил холод на бок. На следующий день, т. е. 14/II, выделение крови с мочей продолжалось, развился метеоризм живота, болезненность при ощупывании левого бока, defense и припухлость увеличились. На коже никаких следов ушиба не было (ни ссадин, ни кровоподтеков). Клинически был поставлен диагноз подкожного разрыва почки, и в виду нарастания перитонеальных симптомов, гематурии, увеличения припухлости

в области левой почки, учащения пульса (110 при нормальной t^0) и рвоты, 14/II, в 3 ч. дня, произведена экстренная операция (проф. К о л ю б а к и н).

Операция начата обычным разрезом для обнажения почки, по нижнему краю XII ребра. После рассечения подкожной клетчатки и мышц было обнаружено большее количество крови и мочи в околопочечной клетчатке; почечная лоханка и вена были разорваны, и имелись три глубоких надрыва паренхимы почки. Сосуды перевязаны en masse, и почка, в виду ее полного размозжения, удалена.

На другой день, т. е. 15/II, повязка слегка промокла, t^0 37,4°, пульс 110; больной мочится с небольшими болями самостоятельно; моча прозрачна, суточный диурез 500,0. На третий день, т. е. 17/II, удален тампон; количество мочи, при нормальном приеме жидкости, 700,0; моча прозрачна, анализ ее ничего патологического не обнаружил. На пятый день диурез 800,0, больной мочится без всяких болей, моча прозрачна. На восьмой день новое исследование мочи, не давшее никаких отклонений от нормы; самочувствие больного вполне удовлетворительное. На 11-ый день сняты швы; заживление первичным натяжением. После этого больной находился в больнице еще 15 дней, чувствуя себя вполне хорошо; диурез в последние дни был 1000,0—1050,0—1100,0.

Этиология закрытых повреждений почек разнообразна и подчас не соответствует тяжелой клинической картине заболевания; механизм же этих повреждений состоит либо в прямом, непосредственном воздействии травмы на почку, либо в напярмом. Первое имеет место, напр., при ударе сзади по пояснице, в области нижних ребер, или спереди, в подреберье, при сдавлении туловища буферами вагонов, колесами экипажа и т. д., наконец, при ушибах поясничной области во время падения на спину. Непрямое действие травмы сказывается обыкновенно при сильном сотрясении во время прыжка, во время верховой езды и т. д. В таких случаях почка ударяется о ребра или о поперечные отростки первых поясничных позвонков и травмируется. Многими авторами допускается также повреждение почек в зависимости от действия на них меньшего насилия, причем на этот счет существует различные теории. Такова теория Le Dentu о сдавлении почки сокращающимися мышцами живота, поясницы и диафрагмы, теория Morris'a—о роли перегибания позвоночника назад и в стороны, Gueterbock'a—о сплющивании почки по линии ее полюсов, вследствие уменьшения занимаемого ею пространства, наконец, теория Küster'a о разрывах почки вследствие повышения гидравлического давления. Помимо всех этих моментов в этиологии почечных повреждений несомненно играют роль и некоторые болезненные процессы в почках, благодаря которым повреждения последних становятся возможными даже и при небольших травмах.

Патолого-анатомические изменения в почках при подкожных повреждениях их классифицируются различно. Так, Le Dentu различает: 1) капиллярные кровотечения и экхимозы, 2) разрывы паренхимы только в корковом веществе почки, 3) разрывы, проникающие и в медуллярное вещество, и 4) полные разрывы. Но более приемлемой является классификация Küster'a, согласно которой различают пять видов повреждений почек: 1) разрывы жировой капсулы без повреждения почек (периренальные кровотечения), 2) разрывы паренхимы, чаще в форме поперечных трещин; фиброзная капсула при этом может остаться невредимой или также разрывается; 3) разрывы вплоть до лоханки с кровоизлиянием в забрюшинную клетчатку; 4) раздробления почки и 5) отрывы почки от мочеточника и сосудов. В нашем случае имелась патолого-анатомическая картина, соответствовавшая 3-й рубрике Küster'a, т. е. отрыв почки от лоханки и кровоизлияние с мочевой инфильтрацией забрюшинной клетчатки.

В зависимости от степени повреждения почек выступает та или иная клиническая картина. В общем клинические симптомы подкожных повреждений почек довольно разнообразны; однако среди них можно указать некоторые симптомы, почти всегда встречающиеся при данной болезни. Одним из первых признаков повреждения почки являются боли в поясничной области, в боку или в соответственной стороне живота; боли эти могут зависеть от ушибов и кровоизлияний в наружных покровах, от перелома ребер и т. д., но глубокие, ноющие, сверлящие боли в поясничной области, иррадиирующие в пах или яичко, следует относить к самой почке. Мышцы брюшной стенки и поясницы бывают при этом спастически сокращены. На месте поврежденной почки образуется — вследствие кровоизлияний, а иногда и излияния мочи в околопочечную клетчатку (так называемый ложный травматический уро-гематонефроз) — опухоль.

Одним из важнейших признаков повреждения почек является, далее, гематурия, которая начинается обычно вслед за травмой, а иногда через несколько часов и дней. Если гематурия не очень сильна, то у больного быстро наступает желание помочиться, и он сам обычно замечает присутствие крови в моче. При обильном кровотечении кровь свертывается в лоханке или мочеточнике, причем кровяные сгустки выделяются с коликами через несколько часов. Наконец, если кровотечение еще более сильно, то кровь скопляется в пузыре сгустками, и начинаются тенезмы, продолжающиеся до тех пор, пока сгусток не пройдет через уретру. Иногда впрочем гематурия и отсутствует, что бывает при закупорке мочеточника сгустком крови, при тромбозе сосудов, сужении мочеточника и, очень редко, при отрыве мочеточника от почки.

К менее постоянным признакам повреждения почек относятся метеоризм, зависящий от пареза или сдавления толстой кишки в том участке, где происходит инфильтрация кровью или мочей околокишечной клетчатки, иногда количественные изменения мочи в виде олигурии и анурии. Наконец, тяжелые повреждения почек сопровождаются шоком и коллапсом.

Диагностика закрытого повреждения почек большею частию не представляет трудностей, особенно, когда в анамнезе имеется травма, а объективно — кровь в моче и опухоль в почечной области. Однако гематурия, как уже указано выше, может и отсутствовать даже при тяжелом повреждении почек. В таких случаях рекомендуется с целью диагностики цистоскопия с катетеризацией мочеточников (Оппель и Volker). С помощью цистоскопа мы определяем, с какой гематурией имеем дело: с ренальной или везикальной. Кроме того цистоскопией решается вопрос о стороне повреждения, о целостности лоханки и мочеточника, а главное — она может указать на присутствие и работоспособность другой, неповрежденной почки. Кроме того, при помощи цистоскопии, при некотором навыке, можно узнать, представляет ли собой содержимое пузыря чистую кровь, или окрашенную кровью мочу. Это решается также микроскопическим исследованием мочи. Последнее указывает на присутствие в моче гнояных телец и бактерий, т. е. выясняет, имеется ли в данном случае нагноение, или нет. Наконец, большую услугу диагностике повреждений почек может оказать пиелография, которая позволяет определить локализацию повреждения почечной паренхимы и размеры его.

Из осложнений при закрытых повреждениях почек следует указать на перитонеальные явления при разрыве брюшины, внутренние кровотечения от попадания в брюшину инфицированной мочи, а иногда от разрыва кишечной петли, брыжжейки и т. д.

Течение и прогноз подкожных травм почек всецело зависят от тяжести полученного повреждения. В легких случаях дело органичивается небольшими кровоизлияниями в околопочечную клетчатку, которые быстро рассасываются. В случаях средней тяжести, при околопочечных гематомах в периоде рассасывания их, наступает иногда легкая желтушная окраска склер, но все кончается втечении 2—3 недель. В наиболее тяжелых случаях, при разможжении почки, может довольно быстро наступить смерть от обширных кровоизлияний в клетчатку или брюшную полость. Медлить в таких случаях не приходится, и операция показана как можно раньше.

Вообще лечение подкожных повреждений почек сводится или к симптоматическому, — как говорят, выжидательному, — или к оперативному способу. Выбор того или другого всецело зависит от тяжести поражения и опыта врача и решается на основании клинических симптомов. Повреждения, протекающие без угрожающих явлений, могут быть лечимы выжидательно, главным образом покоем и холодом. Большинство случаев с легкими и средними повреждениями при таком образе действий может окончиться благополучно.

Главными показаниями к оперативному вмешательству являются тяжелое кровотечение, нарастающие явления со стороны брюшины, а также симптомы, связанные с мочево́й инфильтрацией. При оперативном вмешательстве, особенно при небольших разрывах, желательно сохранение почки путем наложения швов на нее. В нашем случае этого сделать было невозможно вследствие разрыва лоханки, множественного разрыва почки, большого кровоизлияния и мочево́й инфильтрации околопочечной и забрюшинной клетчатки.

В заключение мы можем по данному вопросу сделать следующие выводы: 1) подкожные разрывы почек принадлежат к сравнительно редким и тяжелым повреждениям этого органа, почему такие больные требуют к себе особенного внимания врача, и показания к операции у них должны быть строго индивидуализированы и проверены; 2) тяжесть повреждения почек не всегда соответствует клиническим симптомам и самочувствию больного. Наш случай, помимо аналогичных случаев, описанных в литературе, является вполне убедительным в этом отношении: больной здесь после травмы прошел большое расстояние; а между тем удаленный препарат почки свидетельствует о крайне тяжелом ее повреждении.
