

Из Урологического отделения 2-й Совбольницы (зав. И. И. Маклецов).

## Опыт нефроексии при помощи лоскута на ножке из cutis-subcutis<sup>1)</sup>.

Павлонский Я. М. (Харьков)

В конце 1929 года в 75-м номере „Нового хирургического архива“ появилась работа Н. Н. Соколова о нефроексии при помощи лоскута на ножке из cutis-subcutis. Автор, на основании своего опыта, правда, незначительного, но с учетом отдаленных результатов, дает своему способу весьма положительную оценку. Урологическое отделение 2-й сов. больницы, не будучи довольным результатами нефроексии по другим способам, решило испробовать способ Н. Н. Соколова.

Я позволю себе вкратце напомнить главные этапы операции:

1. Больной укладывается на-бок, как это обычно делается, для внебрюшинного обнажения почек; в поясничной области намечается кожный лоскут на ножке, в виде полосы, длиной в 14—16 сант. и шириной в 2 сант. Для выкраивания этого лоскута, проводится, начиная от угла между 12-м ребром и краем m-li Aacrospinati, два параллельных поверхностных разреза через кожу, типа Бергман-Израэль, внизу и спереди сливающихся вместе, а сзади и сверху, т. е. у основания лоскута, соединяющихся поверхностным поперечным сечением. Лоскут обнажается от эпидермиса до ретикулярного слоя и затем, по нижнему его краю разрез углубляется через все слои.

2. Вскрытие общей почечной капсулы (f. renalis Gerota).

3. Нефролиз, осмотр почечной лоханки, ножки мочеточника, уретеролиз.

4. В 11-м межреберном промежутке тотчас под основанием лоскута производится через все мягкие ткани сквозная щель и в нее протаскивается снаружи внутрь отсепарованный кожный лоскут.

При этом акте операции во всех наших случаях вскрывалась плевральная полость, и наступало присасывание воздуха. Автор способа Н. Н. Соколов говорит, что присасывание воздуха тотчас прекращается лишь только проведен кожно-жировой лоскут. На наших случаях мы имели возможность убедиться, что это не совсем так. В особенности, в одном случае пришлось наложить много швов, пока удалось добиться прекращения всасывания воздуха и то неполностью.

5. Свободный конец лоскута, отступя на один сант. от его верхушки, рассекается вдоль на 5—6 сант., так что образуется петля. В эту последнюю вставляется почка нижним своим полюсом и здесь фиксируется швами, захватывающими, с одной стороны, собственную капсулу почки, с другой—края петли. Теперь достаточно потянуть за основание лоскута в 11-м межреберье и почка, сидящая в кольце лоскута, поднимается и занимает, насколько возможно, нормальное место. В этот момент нужно следить за тем, чтобы была правильная установка

<sup>1)</sup> В извлечении доложено на IV Всеукр. съезде хирургов в г. Харькове 8/IX 1930 г.

смещенной почки по отношению к почечным сосудам, мочеточнику, 12-му ребру и в то же время, чтобы почка не сдавливала близлежащие органы брюшной полости.

6. Вытянутое в виде дубликатуры основание лоскута фиксируется в туго натянутом состоянии к мышцам и апоневрозу 11-го межреберного промежутка. Кожная рана зашивается наглухо, а иногда вставляется резиновый дренаж.

Описанный способ нефропексии имеет два крупных недостатка:

1. Когда в 11-м межреберном промежутке делается щель для лоскута, то обычно вскрывается плевральная полость. И это понятно, так как эта щель располагается у проксимального конца ребер, т. е. у того места, где плевра прикрепляется к 12-му ребру. Лоскут таким образом протаскивается через *sinus phrenicocostalis*. Этот акт операции является крайне нежелательным, так как может вызвать неприятные осложнения.

2. Когда пришиваешь расщепленный лоскут к почечной фиброзной капсуле, то последняя часто рвется и не выдерживает шва, приходится захватывать не только капсулу, но и паренхиму почки, иногда довольно глубоко, а швы, проведенные через паренхиму, вызывают вокруг себя, как известно, очаги склероза почечной ткани, инфаркты при прокалывании иглой почечных сосудов.

Для устранения первого недостатка, я предлагаю не делать сквозной щели через все слои в 11-м межреберном промежутке, а осторожно разрезать мышцы в указанном промежутке, дойти до плевры, туго отделить ее от задней поверхности 12-го ребра и через эту щель провести лоскут в почечное вместилище. Я проделал эту операцию много раз на трупe и имел возможность убедиться в целесообразности моего предложения<sup>1)</sup>.

Мы задались целью изучить на нашем материале ближайшие и относительно отдаленные результаты нефропексии по Н. Н. Соколову. Для этого больные через различные сроки (от 4 до 8 месяцев) после операции подвергались полному клиническому и урологическому обследованию с определением функциональной деятельности почек (хромоцисто-

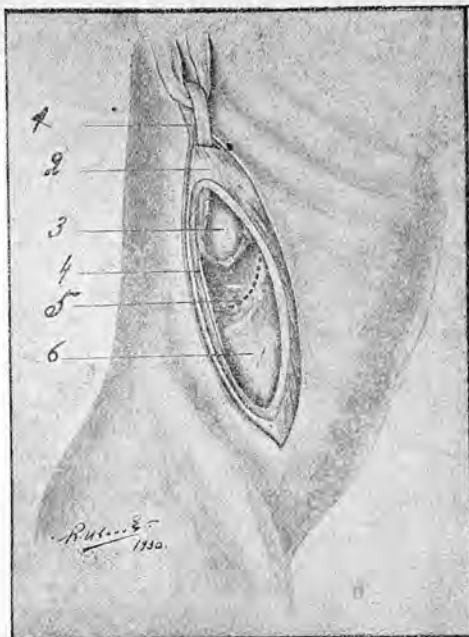


Рис. 1) кожный лоскут, 2) 12 ребро, 3) нижний полюс почки, 4) нерв, 5) граница стояния почки до подшивания, 6) брюшина.

<sup>1)</sup> Пользуюсь случаем выразить благодарность проф. К. Ф. Еленевскому и Г. Л. Дерману за предоставление трупов.

скопия) и повторной ретроградной пиелографии с введением в лоханку контрастной массы 25% Na Вг.

*Случай 1-й.* П. З., 24 лет, рабочий харьковского паровозостроительного завода, поступил в больницу с жалобами на боли в области правого подреберья и пушка, на дизурические явления, запоры, иногда сменяющиеся поносами. Считает себя больным больше года. Ощупывание правой почечной области болезненно; почки не прощупываются.

Анализ мочи: реакция кислая, удельный вес—1023, белку—0,93%<sub>00</sub>, лейкоциты—не густо на всем п. зр. микр.; эритроциты—свежие и выщелоченные до  $\frac{2}{4}$  в п. зр., эпителий пузыря отдельно и группами до 15—20 экз. в част. п. зр. микр., эп. мочевыводящих путей—немного, оксалатов—значительное количество. Температура между 37,7 и 36,8°. Проба на полиурию замедленная.

Хромодистоскопия до операции: емкость пузыря—норма, слизистая гипертрофирована, хорошо окрашенная интенсивная струя из левого мочеточникового отверстия—через 4 минуты, из правого отверстия струя не появилась и через 15 минут.

Пиелография справа до операции: почечная лоханка слабо развита, проэцируется на 12-м ребре; почечные бокалы расширены, мочеточник отходит почти под прямым углом к нижнему бокалу лоханки. У поперечного отростка первого поясничного позвонка мочеточник образует перегиб под углом, немного меньшим прямого, вследствие чего верхний отрезок мочеточника выпуклостью обращен в обратную сторону. Видимая на рентгенограмме часть мочеточника расширена.

Диагноз: перитеретит, искривление мочеточника.

4-го июня 30 г.—операция. Общий наркоз. Обычным поясничным разрезом обнажается почка; нефролиз и уретеролиз на значительном протяжении; мочеточник непосредственно входит в почку (повидимому, лоханка расположена интраренально). Почка не ошущена; нефропексия по С о к о л о в у; при проведении лоскута через щель в 11-м межреберном промежутке целостность плевры нарушена; резинный дренаж—шов. В послеоперационном периоде небольшой пневмоторакс, который протек без осложнений и большой через две с половиной недели выписался.

Отдаленный результат: спустя пять месяцев большой обследован, операция принесла облегчение больному, но не в значительной степени, почка не прощупывается. Ощупывание почечной области безболезненно.

Хромодистоскопия после операции: емкость и слизистая пузыря норма. Из левого мочеточникового отверстия показалась хорошо окрашенная энергичная струя через 5 минут; из правого—через 6 минут, вялая, очень длительная и слабо окрашенная струя.

Пиелография справа после операции: искривление мочеточника, бывшее до операции, исчезло. Дуга междупилоханочной частью мочеточника и нижним бокалом почти нормального вида. Бокалы сделались несколько меньше. В данном случае операцией мы достигли полного анатомического успеха, улучшения функции почек, но от болей мы больного почти не освободили.

*Случай 2.* Р. Б., 22-х лет, поступила с болевым симптомокомплексом, с двух с половиной летней давности, зависящим от заболевания правой почки. Два года назад в другом учреждении подверглась аппендэктомии, которая не принесла большой облегчения. Нижний полюс правой почки ошущивается и болезненный, правая почка чрезмерно подвижна.

Хромодистоскопия, емкость пузыря—норма. Слизистая дна не резко гипертрофирована; отверстия мочеточников нормальны. Из левого окраска появилась через 4 минуты хорошо окрашенной энергичной струей, из правого—через 6 минут слабо окрашенной и менее энергичной струей. Проба на разведение и концентрацию не удовлетворительна.

Пиелография справа: катетер введен на 30 сант., почечная лоханка на уровне первого поясничного позвонка, расширена; лоханочная ось почти параллельна оси позвоночника. Мочеточник отходит от почечной лоханки под острым углом. Диагноз—ошущенная правая почка, пиелэктазия.

В феврале с. г. нефропексия правой почки по С о к о л о в у. Через 15 дней больная выписалась в удовлетворительном состоянии.

Отдаленный результат: спустя 8 месяцев больная обследована и результат операции безукоризненный. Больная вполне трудоспособна, боли ее совершенно беспокоят. Почка не ошущивается и почечная область не болезненна.

Хромоцистоскопия после операции: емкость пузыря—норма. Сосуды дна гиперемированы. Краска из правого мочеточникового отверстия появилась через 7 минут. Из левого—через 5 минут, хорошо окрашенной эвергичной струей, слизистая отечна.

Пиэлография справа после операции: катетер прошел на 32 сант., почечная лоханка на уровне межпозвоночного промежутка L 1 и L 2, угол отхождения мочеточника нормальный. Лоханочная ось под острым углом к оси позвоночника. Почечная лоханка и бокалы не расширены.

В этом случае мы получили хороший анатомический успех, функция почек не пострадала и больная считает себя вполне выздоровевшей.

*Случай 3-й.* А. К. Женщина 29-ти лет. Боли в животе и пояснице с 1928 года, временами больно мочиться. В другом учреждении подверглась операции аппендицита, которая не принесла облегчения. Носит бандж. Мочеиспускание частое. Справа опущение почки 3-й степени, слева—первой по классификации Glew and 'a. Почки, в особенности правая, очень подвижны.

Хромоцистоскопия до операции: емкость пузыря—норма. Слизистая бледная. Дно гиперемировано. Левое мочеточниковое отверстие нормально; правое отечно, закрыто комочком слизи, окружность его гиперемирована. Слева—интенсивная хорошо окрашенная струя через 5 минут, справа—через 6 минут.

Проба на разведение и концентрацию неудовлетворительна.

Пиэлография справа до операции: катетер прошел на 20 сант., почечная лоханка расширена и находится на уровне межпозвоночного промежутка между 2 и 3 поясничным позвонком; мочеточник образует небольшой перегиб на уровне поперечного отростка третьего поясничного позвонка. Мочеточник отходит от лоханки под углом несколько большим нормального. Ниже места перегиба мочеточник несколько расширен. Бокалы также расширены.

Анализ мочи: реакция слабо-кислая, удельный вес—1010, лейкоциты 1-2 экз. не в каждом поле зрения, эритроциты пузыря отдельными экз. и скоплениями. Диагноз—опущенная и подвижная почка.

5-го мая под общим наркозом нефропексия справа по Соколову.

В этом случае во время протягивания доскута через щель в 11-м межреберном промежутке было особенно сильное присасывание воздуха в плевральную полость, которое было остановлено с большим трудом. В послеоперационном периоде несколько дней держался кашель и боли в правой половине грудной клетки. Через 15 дней больная выписалась в удовлетворительном состоянии.

Отдаленный результат: спустя 7 месяцев после операции больная чувствует себя хорошо, работает упаковщицей, сделалась вполне трудоспособной, запорами не страдает, нервные явления уменьшились. При долгой ходьбе появляется боль в области правой почки. Последняя (нижний полюс) прощупывается в лежачем и боковом положении, мало болезненна и мало подвижна, приступов болей теперь не бывает, операцией вполне довольна.

Хромоцистоскопия после операции: емкость пузыря—норма. Слизистая два гиперемирована, левое мочеточниковое отверстие нормально, правое—отечное, слегка гиперемировано. Хорошо окрашенная струя слева через 4 с половиной минуты, справа—через 5 минут.

Пиэлография после операции: катетер прошел легко на 32 см., почечная лоханка на том же уровне, лоханочная ось находится почти под нормальным углом к оси позвоночника. Угол между прилоханочной частью мочеточника и лоханкой приближается к нормальному. Почечная лоханка и бокалы не расширены. Описанный выше перегиб остался без изменений.

В данном случае анатомического успеха мы не получили. Функция почек осталась почти без изменений. Правая почка потеряла свою чрезмерную подвижность и в связи с этим, повидимому, больная получила значительное облегчение и сделалась вполне трудоспособной.

*Случай 4.* М. К. Женщина 23-х лет страдала болями в пояснице и в правом подреберьи. Приступы болей, рвоты и повышение температуры до 38°. Суточное количество мочи уменьшено. Считает себя больной 4 месяца. В другом учреждении подверглась операции аппендэктомии, которая не принесла облегчения. Моча удельного веса 1022, кислая, следы белка, лейкоциты—на все п. зр. Проба на полиурию неудовлетворительна. Нижний полюс правой почки ощущается. Со стороны органов половой сферы никаких отклонений от нормы нет.

Хромоцистоскопия: емкость пузыря и слизистая—норма. Шейка немного отечна, отверстия мочеточников без изменений. Справа через 3, 5 минуты хорошая, но слабо окрашенная струя мочи. Через 4 минуты интенсивность окраски увеличилась. Слева—временами пустые сокращения устья мочеточника. Через 9 минут слева умеренно окрашенная энергичная струя, через 12 минут слева окрашивание струи мочи такое же.

На рентгенограмме почки и мочеточника теней подозрительных на камни нет. Б в ой в связи с подозрением на пиелит была промыта правая лоханка раствором лангиса 1:1000,0.

Пиелография справа до операции: катетер прошел на 20 сант. Количество введенной контрастной массы не учитывается из за протечки. Почечная лоханка расположена на уровне второго поясничного позвонка. Все бокалы, особенно нижний расширены, угол между прилоханочной частью мочеточника и лоханкой меньше обычного. Мочеточник расширен. Лоханочная ось почти параллельна оси позвоночника.

Диагноз: опущение правой почки, пиелоктазия, пиелит справа.

27 го апрел. операция. Под общим наркозом нефроексия по С о к о л о в у. Послеоперационный период без осложнений. Больная выписалась через 2 недели.

Отдаленный результат. Чуть 4 месяца больная обездована. Операция не принесла никакого облегчения. Даже наоборот, припадки болей участились. Тяжелую работу выполнять не может. Нижний полюс правой почки ощущается и болезнен.

Хромоцистоскопия после операции: емкость пузыря и слизистая норма. Левое мочеточниковое отверстие нормально. Правое расширено и в нем кусочек слизи. Слизистая вокруг него гиперемирована. Из правого мочеточникового отверстия через 7 минут появилась слабо окрашенная вялая струя мочи, из левого—через 8 минут хорошо окрашенная интенсивная струя.

Пиелография после операции: катетер прошел на 30 сант. Почечная лоханка почти на том же уровне, может быть, несколько ниже. Расширение лоханки и бокалов без изменений. Лоханочная ось под острым углом к оси позвоночника, вследствие чего и угол, под которым мочеточник отходит к лоханке, больше приближается к нормальному.

В этом случае нефроексия несколько исправила анатомическое положение почки, но не принесла никакого облегчения больной. Нужно думать, что приступы болей зависели не от ненормального положения почки, а от других причин. Возможно, что в данном случае боли зависели от имеющегося у больной пиелита.

На основании изучения больных до и после операции мы считаем возможным сделать следующие выводы:

1. Нефроексия при помощи лоскута из *cutis subcutis* устраняет перегибы мочеточника, исправляет положение смещенной почки и уменьшает чрезмерную подвижность ее.

2. Указанные в первом пункте результаты получаются не всегда.

3. Функция почки при этом не нарушается.

4. Исправление анатомических ненормальностей в положении почки и мочеточника не всегда ведет за собой устранение болей.

5. Боли, если они зависели от смещенной почки, проходят.

6. Операция проста и безопасна. Недостаток ее, в виде вскрытия плевральной полости, может быть устранен, если руководствоваться моими указаниями.

7. Об отдаленных результатах в окончательной форме высказаться пока нельзя, так как срок наблюдения невелик (от 4 до 8 месяцев).