

вания, срока поступления в отделение, локализации, характера язвы и квалификации хирурга.

Нами прооперировано 7 больных острым холециститом с благоприятным исходом. Мы полагаем, что показания к экстренным операциям в остром периоде при холециститах должны быть расширены.

С проникающими ранениями брюшной полости мы наблюдали 27 больных, все оперированы с хорошим исходом.

Больных с закрытыми травмами живота с повреждением внутренних органов нами оперировано 14, у двоих был разрыв мочевого пузыря, у 7 — разрыв кишечника, у 3 — разрыв кисты яичника, у двоих разрыв почки. Умерла одна больная с разрывом почки через 2 часа после операции от кровопотери и шока.

Нами прооперировано 78 больных с внематочной беременностью с благоприятным исходом.

83 больных поступили в отделение с диагнозом «непроходимость кишечника», из них оперативное вмешательство произведено 27, из которых после операции умерло 3 больных, поступивших в стационар на 4—5 сутки от начала заболевания. Среди оперированных по поводу кишечной непроходимости было 7 детей. Умер 1 ребенок 6 месяцев с инвагинацией, поступивший в отделение на 3 сутки от начала заболевания. Подвесная энтеростомия накладывалась в 6 случаях. У 29 больных была динамическая кишечная непроходимость, 3 больным была произведена лапаротомия, а у остальных 26 непроходимость ликвидировалась в результате консервативных мероприятий.

Из 30 оперированных по поводу ущемленной грыжи умер один от разлитого перитонита. У двух отмечалось ущемление в грыжевом мешке червеобразного отростка.

Четверо беременных оперированы по поводу разрыва матки. Смертности после ампутации матки не было.

В послеоперационном периоде широко применялись антибиотики и сульфаниламиды в комплексе с общеукрепляющим и симптоматическим лечением.

В последние годы широко начали применять переливание крови. Если в 1951 г. 6 больным было сделано 7 переливаний крови, то в 1959 г. — 104 больным 204 переливания.

Следует отметить, что количество больных, поступивших в хирургическое отделение в поздние сроки от начала заболевания, остается высоким. Это объясняется удаленностью больницы от населенных пунктов. Несмотря на это, смертность оперированных по поводу острых процессов в брюшной полости снижается. Повседневная работа с кадрами, санитарно-просветительная работа среди населения и повышение техники хирургов позволяют значительно улучшить показатели неотложной хирургической помощи.

Поступила 17 февраля 1960 г.

## О ФУНКЦИИ ПОЧЕК В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*А. Ф. Бурмистрова*

Из кафедры урологии (зав. — доц. Н. Х. Ситдыков) Казанского ГИДУВа  
им. В. И. Ленина

Аденома предстательной железы — распространенное и тяжелое заболевание пожилого возраста.

Среди изменений в организме при этом страдании большое значение имеют симптомы почечной недостаточности, вплоть до уремии.

Общезвестно, что в основе нарушения почечной функции лежит повышенное давление в мочевыводящей системе. Чем больше почечная ткань находится под его влиянием, тем больше теряется аккомодационная способность почек. В почках появляются атрофические изменения, разрастание соединительной ткани, а иногда и воспалительные процессы.

Хотя представления о чисто механических факторах и восходящей инфекции как основе нарушения функции почек при аденоме предстательной железы и весьма распространены, однако экспериментальные исследования об условнорефлекторных влияниях на функцию почек (К. М. Быков с сотр.) заставляют усомниться в том, что в основе нарушения функции почек при аденоме простаты лежат только механические факторы и восходящая инфекция. В связи с этим иначе ставится и вопрос о сроках оперативного вмешательства при этом страдании, поскольку за последние годы ряд авторов высказывается за целесообразность удаления аденомы уже в первой стадии, то есть до наступления выраженных функциональных и анатомических изменений со стороны почек.

Несмотря на множество существующих методов исследования функции почек, нет ни одной пробы, которая позволила бы выявить самые ранние функциональные изменения, и только сочетание нескольких из них дает возможность получить более правильное представление.

За последнее время появился ряд сообщений об оценке отдельных функциональных почечных проб и различных их комбинаций у больных аденомой предстательной железы (Л. С. Ерухимов и др.). Однако выбор функциональных почечных проб при аденоме простаты далеко еще не установлен.

Мы поставили задачей выявить степень нарушения функциональной деятельности почек в различных стадиях аденомы предстательной железы для решения вопроса о более целесообразных сроках оперативного вмешательства. Наряду с обычными пробами (Зимницкого, Фольгарда, индигокарминовой, внутривенной урографии, исследованием остаточного азота крови), мы изучали клубочковую фильтрацию и канальцевую реабсорбцию тиосульфатным методом. Мы пользовались методикой проведения гипосульфитной пробы, разработанной А. И. Голиковым, представляющей то удобство, что гипосульфит вводится однократно в концентрированном растворе.

Из 30 больных аденомой предстательной железы I стадия была у 14 и II — у 16. От 55 до 60 лет было 3, от 61 до 70 — 21 и старше — 6 больных.

Длительность заболевания до 1 года была в I ст. у 4, во II ст. — у 5; от 1 до 5 лет соответственно — у 8 и у 6; от 6 до 10 лет — у 2 и у 5.

Жалобы при поступлении сводились в основном к затрудненному, учащенному мочеиспусканию; 8 больных были доставлены с острой задержкой мочи, у 3 была терминальная и у одного тотальная гематурия.

Количество остаточной мочи у больных во второй стадии колебалось от 50 до 2500 *мл.*

У 6 больных были общая слабость, сухость языка и повышенная жажда, что могло быть связано с хронической уремией.

У 12 больных оказалось повышенным АД. По нашему мнению, их не следует огульно относить к страдающим гипертонической болезнью и скорее можно думать о симптоматической «урологической» гипертонии.

Количество Нв у двух больных колебалось от 50 до 60%, у 3 — от 60 до 70%, у 12 — от 71 до 80%, у 11 — от 81 до 90% и у 2 — свыше 90%. Лейкоцитоз отмечен у 4 больных (от 9 100 до 10 500). Нейтрофилы колебались от 65 до 91% у 23 больных, у остальных не выходили за пределы нормы. Эозинофилия свыше 4% наблюдалась у 5, у 4 эозинофилы в крови отсутствовали. Ускоренная РОЭ наблюдалась у 12 (от 12 до 43 *мм/час*).

При исследовании мочи у 14 не было патологических элементов, у 12 отмечены лейкоциты от 10—15 до значительного количества в каждом поле зрения. Микрогематурия наблюдалась у 12. Удельный вес

мочи в отдельных порциях колебался от 1005 до 1010 у 3 больных, от 1011 до 1015 — у 7, от 1016 до 1020 — у 16 и от 1021 до 1025 — у 4.

Со стороны сердца и легких отмечались явления, свойственные возрасту. Почки не пальпировались ни у одного больного. Симптом Пастернацкого был положительным у 12. Двое страдали водяной яичка.

При пальцевом исследовании предстательной железы было обнаружено увеличение размеров в 2—3 раза, по сравнению с нормой, у 23 больных; у 7 имелось лишь незначительное ее увеличение.

Мы, как и другие авторы, не отметили параллелизма между величиной аденомы, количеством остаточной мочи и степенью дизурических явлений.

Хромоцистоскопия больным в I стадии была проведена у 11 чел. При этом у всех была отмечена выраженная трабекулярность пузырной стенки, у 5 были увеличены боковые доли, у 2 — средняя, у одного — боковые и средняя доли предстательной железы, у одного — гиперемия задней стенки. При внутривенном введении 1% раствора индигокармина у 10 больных краска выделилась в нормальные сроки интенсивно окрашенной струей, у одного — в нормальные сроки струей менее интенсивной окраски.

Из 16 больных во II стадии болезни хромоцистоскопия проведена семи. Обнаружена более выраженная трабекулярность пузырной стенки, чем у больных в I стадии. Увеличение боковых долей определялось у 3 и средней — у 2 больных. У 4 отмечены гиперемия слизистой задней стенки и отечность переходной складки. Индигокармин выделился у 4 в нормальные сроки струей хорошей окраски, у 2 — в нормальные сроки с менее интенсивной окраской, и у одного краска не вывилась в течение 12 мин из обоих устьев.

Таким образом, у большинства больных индигокарминовая проба выраженных изменений функции почек не показала.

Следует отметить, что вообще отсутствие параллелизма между красочной и другими функциональными пробами не является редкостью (Н. В. Дунашев). Полученные нами результаты также говорят об этом.

При внутривенной урографии из 10 больных в I стадии только у одного наблюдались неотчетливое изображение лоханок и слабо выраженная цистограмма при хороших данных других почечных проб, у 4 — нормальные лоханки выражены отчетливо через 10 мин, и у 5 лоханки видны неотчетливо при хорошо выраженной цистограмме.

Из 16 больных во II стадии внутривенная урография проведена 13. При этом у 4 отмечено отчетливое изображение лоханок, у 7 — неотчетливое изображение лоханок при выраженной цистограмме, у одного — отсутствие тени лоханок при хорошей цистограмме, и у одного при нормальных лоханках определялось расширение мочеточников в юкставезикальной части.

Итак, хромоцистоскопия и внутривенная урография показывают, что выделение почками индигокармина и сергозина в большинстве случаев не задерживается, особенно в I стадии заболевания.

При проведении пробы С. С. Зимницкого, чтобы быть уверенным в получении всей трехчасовой порции мочи, мы прибегали к введению в мочевой пузырь постоянного катетера.

У 8 больных в I стадии размах концентрационной функции при пробе Зимницкого оказался несколько суженным и удельный вес не превысил 1017—1020.

Для определения степени уменьшения размаха удельного веса мочи при фракционном ее исследовании по Зимницкому мы использовали указание Вальтера о том, что в норме эти колебания выражаются

цифрами 12—25. В 8 случаях колебания соответствовали этим величинам, в остальных максимальная концентрация была в пределах 1024—1025 и у 2 — выше 1030.

Следовательно, концентрационная способность почек у значительной части больных, по данным пробы Зимницкого, оказалась несколько заторможенной при отсутствии каких-либо клинических симптомов почечной недостаточности. Соотношение ночного и дневного диуреза оказалось измененным у большинства больных. Дневной диурез превысил ночной лишь у 4, и у 3 он равнялся ночному. У 7 больных выступала отчетливая никтурия.

Хотя возраст больных не позволяет нам с уверенностью исключить склеротические изменения почечных сосудов или же скрытые явления сердечной недостаточности, отсутствие каких-либо явных симптомов этой патологии и более выраженная никтурия, чем у лиц этого возраста, не страдающих аденомой простаты, склоняют нас к мнению, что подобные нарушения функции почек зависят от основного страдания.

Эти выводы о сужении размаха аккомодации почечной функции подтверждаются данными проб на концентрацию и разведение у этих же больных. Только у одного при концентрационной пробе удельный вес достиг 1030, у 2 он составил 1026—1027, у 8 — 1020—1023, у остальных был ниже 1020. Проба на разведение показала следующее: лишь четверо больных за 4 часа выделили до 70% введенной жидкости с соответствующим падением удельного веса, у 4 выведено 57—63%, у остальных в пределах 30—40%.

Таким образом, уже в I стадии, несмотря на отсутствие остаточной мочи и каких-либо симптомов снижения тонуса верхних мочевыводящих путей, выявилось некоторое сужение размаха аккомодации почек.

При II стадии болезни проба Зимницкого не менее чем в половине случаев показала относительное увеличение ночного диуреза. Размах концентрационной способности лишь у двух больных достиг уровня 1024—1025, у одного — 1030; у всех остальных колебался в пределах 1012—1022, у двух не превысил 1011.

У большинства во второй стадии заболевания концентрационная способность почек значительно снижена. Соответственно этому и проба на концентрацию по Фольгарду показала уменьшение аккомодационной способности почек более отчетливое, чем у больных в первой стадии. Проба на разведение лишь у двух показала хорошее выведение воды. У остальных выведение воды за 4 часа колебалось от 13 до 50% введенной жидкости.

За последнее время при урологических заболеваниях начали применять функциональные почечные пробы с определением коэффициента очищения крови (клиренс-тест), что позволяет иметь наиболее точные представления о клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции (Л. С. Ерухимов, В. А. Барсель и др.).

По литературным данным, средняя величина клубочковой фильтрации при ее определении гипосульфитным методом выражается цифрой 127 мл в мин. с колебаниями от 101 до 162 (Н. А. Ратнер).

Для контроля нами изучена клубочковая фильтрация по гипосульфиту у 7 не страдавших заболеваниями мочеполовой системы. Средняя величина клубочковой фильтрации при этом была 96 мл с колебаниями от 71 до 141 мл в мин., что и принято нами за норму.

Клубочковая фильтрация изучена в I стадии заболевания у 13, во II — у 11 больных. Как в первой, так и во второй стадиях заболевания мы встретились с большой пестротой показателей клубочковой фильтрации. Лишь у 7 больных в первой стадии полученные нами величины клубочковой фильтрации соответствовали пределам нормы. У 3 они значительно превысили эти пределы, доходя до 198—213—246 мл в мин. Эти больные (64, 68, 64 лет) имели высокое АД (190/100,



210/110, 180/110). Реабсорбция у них достигала 98,2; 98,7; 98,4%. У остальных клубочковая фильтрация была снижена до 38—45 мл в мин. Что касается реабсорбции, то у 6 она не выходила за пределы нормы, у остальных была снижена от 97,9 до 90,4%.

По данным Н. А. Ратнера, в первых стадиях гипертонической болезни имеется выраженная тенденция к повышению клубочковой фильтрации почек до 180—230 мл в мин.

Полученные нами величины клубочковой фильтрации у больных с повышенным АД соответствуют величинам клубочковой фильтрации, указанным Н. А. Ратнером. В большей степени нарушается канальцевая реабсорбция, чем клубочковая фильтрация.

Некоторое повышение остаточного азота мы нашли лишь у 3 больных с максимумом содержания его в крови до 58 мг%.

Клубочковая фильтрация по гипосульфиту у больных во II стадии в пределах нормы (71—141 мл в мин.) найдена лишь у 5. У остальных она оказалась сниженной, в том числе у 3 до весьма низкого уровня.

Таким образом, во второй стадии выявлены более отчетливые изменения клубочковой фильтрации, чем в первой.

Канальцевая реабсорбция у больных во II стадии, по нашим данным, оказалась так же измененной у большинства (у 8 из 13). У 3 она составила 98,6—99%, у 5 — 96—97 и у 3 значительное понижение — до 92—93%.

При исследовании остаточного азота крови у больных во II стадии цифры выше 40 мг% (до 63 мг%) получены у 9.

Эти данные хотя и не могут трактоваться только с точки зрения почечной функции, тем не менее заслуживают внимания.

Наши наблюдения показывают, что лишь сопоставление ряда почечных проб часто позволяет выявить изменения функции почек уже в первой стадии аденомы простаты. Отсутствие в этом периоде анатомических изменений почек, а также урографических изменений у значительной части больных не позволяет согласиться с мнением о чисто механической природе этих нарушений.

Современные представления о сложной и тонкой рефлекторной регуляции деятельности почек свидетельствуют в пользу понимания нарушения их функции в ранних периодах аденомы простаты, как отражения рефлекторных влияний на почки. Источником этих влияний могут быть как мочевого пузыря, так и сама измененная предстательная железа.

#### ВЫВОДЫ:

1. Внутривенная урография и хромоцистоскопия в I и II стадиях аденомы предстательной железы, несмотря иногда на большое количество остаточной мочи, у большинства больных не обнаруживают выраженных изменений функции почек и тонуса верхних мочевыводящих путей.

2. Исследования функциональной способности почек с помощью комбинированных проб (Зимницкого, Фольгарда) показывают большую частоту нарушения адаптационной их функции, что находит свое выражение в недостаточном разведении при пробе Фольгарда, сужении размаха концентрации и большой частоте относительной никтурии.

3. Наиболее отчетливые изменения функциональной способности почек сказываются в снижении канальцевой реабсорбции, как в I, так и II стадиях. Клубочковая фильтрация наиболее отчетливо нарушена во II стадии. Исследования клубочковой фильтрации и канальцевой реабсорбции тиосульфатным методом заслуживают внимания.

4. Часто наблюдаемое повышение АД может объясняться у больных аденомой предстательной железы тем, что последняя ведет к этому через нарушение функции почек.

5. Ранние нарушения функции почек при аденоме предстательной железы, несмотря на отсутствие остаточной мочи и явных изменений тонуса верхних мочевыводящих путей, дают нам возможность предполагать в их природе рефлекторные влияния на почки со стороны мочевого пузыря и самой измененной простаты.

6. Функциональные изменения почек уже в I стадии аденомы простаты, когда еще нет органических изменений почек, заставляют нас присоединиться к мнению тех, кто считает показанным оперативное вмешательство уже в этом периоде заболевания.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Голиков А. И. Казанский мед. журн. 1958. — 2. Ерухимов Л. С. Сб. тр. врачей Балашовской области, Балашов, 1957. — 3. Он же. Тез. докл. Всес. конф. урологов, Тбилиси, 1958. — 4. Ратнер Н. А. Изменения функции почек при гипертонической болезни. Медгиз, 1953. — 5. Waether. Цит. по A. Gitter и L. Heilmeyer. Taschenbuch Klinischer Funktionsprüfungen. Jena, 1958, 279.

Поступила 15 апреля 1959 г.

### РУЧНОЕ ИЛИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ?

*Асп. Л. А. Козлов*

Из 1-й кафедры акушерства и гинекологии (зав.— проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института

Поставленный в заглавии вопрос занимает акушеров в течение 30 лет и остается актуальным и в наши дни.

Три автора основных работ по сравнительной оценке ручного и инструментального обследования полости матки в раннем послеродовом периоде расходятся в своих выводах: В. И. Тайгро-Чуйкова (1953), О. И. Авдеева (1960) отдают предпочтение ручному обследованию, а Н. М. Матрусова (1957) не находит преимуществ одного способа перед другим.

При сравнении сводных литературных данных различных авторов по этому вопросу оказалось: на 2 918 ручных обследований матки нормальный послеродовый период был в 2 235 случаях (76,5%), а осложненный — в 685 (23,5%), со смертностью — 0,3%, и на 4 495 случаев выскабливания — соответственно в 3 430 (76,3%) и в 1 056 случаях (23,7%) со смертностью — 0%. Это не позволяет согласиться с заявлением редакции журнала «Акушерство и гинекология»<sup>1</sup>, что «данные литературы и клинический опыт свидетельствуют в пользу ручного обследования полости матки в раннем послеродовом периоде». Кроме того, работы К. Н. Жмакина и Л. С. Персианинова, помещенные в том же номере журнала, показывают, что единого мнения в выборе способа обследования полости матки в раннем послеродовом периоде до сих пор нет.

Сторонники ручного обследования матки в раннем послеродовом периоде приписывают выскабливанию «травматизацию матки», подразумевая под этим возможное удаление части мышечного слоя и перфорацию стенок. При этом некоторые впадали в ошибку, используя в оценке выскабливания в раннем послеродовом периоде данные микроскопического исследования соскобов, полученных при выскабливании в позднем послеродовом периоде. Так, В. И. Тайгро-Чуйкова ссылается на данные П. А. Степановой, обнаружившей мышечную ткань в 50%. При ознакомлении с работой П. А. Степановой выявлено, что выскабливание производилось после 8-го дня послеродового периода.

Безусловно, что при выскабливании в раннем послеродовом периоде можно получить в каком-то количестве случаев мышечную ткань. Так, С. Ф. Мартемьянов, выскабливая «при нарочитом надавливании кюреткой на стенку матки», получил в 14 из 25 соскобов мышечные волокна. Однако если соблюдать правила техники выскабливания и пользоваться тупой кюреткой, то можно совсем не получить мышечной ткани (Н. М. Матрусова) или получить ее от 1,21% (И. П. Гоменюк) до 14% (Ф. А. Маркарев). Наряду с этим, следует упомянуть, что возможность получения мышечной ткани при ручном обследовании полости матки тоже существует в 3,3% (В. И. Тайгро-Чуйкова).

<sup>1</sup> Акушерство и гинекология, 1960, 2, стр. 27.