

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ РАЗРЫВ КИСТОЗНО-ПЕРЕРОЖДЕННОЙ ПОЧКИ

Канд. мед. наук А. П. Лебедев

(Минск)

Клиническая диагностика разрыва кистозно-перерожденной почки в нетравматических случаях трудна, что нередко и приводит к неправильной диагностике. Мы наблюдали 3 больных с самопроизвольным разрывом кистозно-перерожденной почки.

I. Б., 42 лет, поступил в 23 ч. 12/IV 1947 г. с жалобами на боль в животе, рвоту и общую слабость. Болен трое суток. Боли появились внезапно и до этого никогда не были. Изредка у больного наблюдалась рвота. До появления болей в животе больной несколько дней страдал поносами.

Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски, температура — 37,3°, пульс — 120, удовлетворительного напряжения и наполнения, ритмичный. Границы сердца расширены больше влево, сердечные тоны ясные, чистые. АД — 140/90. Дыхание везикулярное, учащено. Язык обложен серым налетом, суховат. Живот резко вздут, больше в верхнем отделе, болезнен во всех отделах, но больше в левой половине. Мышцы живота напряжены больше слева. Тупость в нижних отделах живота. Печеночная тупость сохранена. Пальпировать отдельные органы брюшной полости и почки из-за болезненности живота не представляется возможным. Перистальтика отсутствует. Газы не отходят, стула нет трое суток. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный, симптом Пастернацкого справа отрицательный, слева — резко положительный. Больной мочится малыми порциями, но часто. Мочиспускание безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, удельный вес — 1014, белок — следы, лейкоциты и эритроциты 1—2 в поле зрения. Hb — 59%, Э. — 3 300 000, Л. — 9000, п. — 8%, с. — 63%, л. — 26%, м. — 1%, э. — 2%; РОЭ — 40 мм/час.

При обзорной рентгеноскопии в брюшной полости много газа и чаши Клейбера. Поставлен диагноз «непроходимость кишечника с развивающимся перитонитом».

Под общим эфирным обезболиванием лапаротомия по средней линии живота (А. П. Лебедев). В брюшной полости геморрагический выпот. Кишечник резко вздут и цианотичен, на всем протяжении проходим. Брюшная полость осушена марлевыми салфетками. В забрюшинном пространстве слева большая гематома, которая распространяется в брыжейку тонкой кишки. Брюшина в области гематомы надсечена, после чего удалены кровяные сгустки и свежая алая кровь в области левой почки. Левая почка обнажена, оказалась увеличенной, поликистозно перерожденной, и из ее тела на месте вскрывшейся одной кисты происходит кровотечение. Ассистент рукой зажал почечную сосудистую ножку. Пальпаторно через брюшину обследована и вторая (правая) почка. Последняя также увеличена. Сделан добавочный поперечный разрез на левом подреберье. В добавочную рану выведена кровоточащая левая почка. Произведено клиновидное иссечение ткани почки вместе с лопнувшей кровотокающей кистой. Наложением кетгутовых швов на рану почки удалось остановить кровотечение. Брюшина по месту рассечения зашита.

Послеоперационный период протекал тяжело, осложнился левосторонней пневмонией и тяжелым перитонитом.

На 14-й день заболевания больной скончался при явлениях прогрессирующего перитонита.

Патологоанатомический диагноз. Разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Пневмония левой нижней доли с переходом в нагноение, застойное полнокровие остальных долей легкого. Обширные участки кровоизлияния в брыжейку и околопочечную клетчатку слева, гиперплазия селезенки, кистозное перерождение обеих почек.

Левая почка — 15 × 8 × 3 см, поверхность гладкая, много полостей от конопляного зерна до 3 см, в центре некоторые из них многокамерны. Полости расположены в ткани почки беспорядочно и разделены прослойками почечной ткани, количество которой увеличивается в направлении лоханки. Полости выполнены прозрачной жидкостью, некоторые из них (мелкие) — желтоватой коллоидной массой, цвет которой не одинаков, в более мелких полостях она прозрачная, слегка желтоватая, в более крупных — янтарного цвета. В корковом слое рассеяны мелкие полости, не более чечевичного зерна, которые над поверхностью почки не возвышаются. Правая почка тех же размеров и формы и с теми же анатомическими особенностями.

II. К., 23 лет, поступила 8/IX 1954 г. в 9 ч. в тяжелом состоянии с жалобами на боли в животе. Заболела внезапно без всякой видимой причины. Появились очень сильные боли в животе.

Больная с детства жалуется на тупые боли в пояснице, однако в лечебные учреждения не обращалась.

Пульс — 160, едва ощутим, АД не определяется, температура — 36,2°. Дыхание частое, поверхностное, при перкуссии звук легочный во всех отделах легкого. Границы сердца не расширены. Живот вздут, в дыхании не принимает участия, болезненность во всех отделах, но больше в левом подреберье, мышцы напряжены больше

слева. Симптом Щеткина — Блюмберга резко положительный. В отлогих местах при-
тупление. Пальпировать отдельные органы живота по причине болезненности невоз-
можно. Симптом Пастернацкого положительный только слева. При поступлении одно-
кратная рвота. Моча соломенно-желтого цвета; уд. вес — 1007, прозрачность полная,
реакция кислая, белок — 0,099, лейкоцитов — 6—8, эритроцитов выщелоченных
4—5, эпителиальные клетки единичные в поле зрения, мочевая кислота в большом
количестве.

Э.— 1 550 000, Л.— 7200, э.— 1%, ю.— 2%, п.— 7%, с.— 59%, л.— 30%, м.— 1%;
РОЭ—70 мм/час; тромбоцитов — 92800. Длительность кровотоечения — 1 мин. 30 сек.
Начало свертывания крови — 45 сек, конец — 2 мин. 0,5 сек.

Поставлен диагноз: спонтанный разрыв паренхиматозного органа в левом подре-
берье (почки? селезенки?), внутреннее кровотечение, шок. Срочно наложено капель-
ное вливание консервированной крови, применены противошоковые мероприятия.

По выведении из шока больная взята на операционный стол (А. П. Лебедев).
Вскрыта брюшная полость. Вылилось небольшое количество кровянистой жидкости.
В области брыжейки, селезеночного угла и нисходящей части толстой кишки боль-
шая забрюшинная гематома, уходящая в левое паранефральное пространство. Селе-
зенка хорошо видна, она цела, нормальной величины и цвета. Брюшина рассечена на
месте гематомы, параллельно и слева нисходящей толстой кишки. После удаления
измененной крови и сгустков обнаружена несколько увеличенная левая почка, кото-
рая сравнительно легко выделена рукой и выведена в рану. На заднемедиальной ее
стенке поперечный разрыв ткани, из которого продолжается кровотечение. Распознава
кистозно-перерожденная, самопроизвольно разорвавшаяся и кровоточащая левая
почка. Правая почка оказалась нормальной. Левая удалена.

Поверхность удаленной почки гладкая. На разрезе почка состоит из множества
больших и очень мелких полостей. Полости расположены беспорядочно, разделены
истонченными прослойками почечной ткани, выполнены желтоватой коллоидной мас-
сой. Околопочечная клетчатка интенсивно пропитана кровью. Кожный слой резко
истончен. Под капсулой в корковом слое рассеяны мелкие и более крупные полости,
которые над поверхностью почки не возвышаются.

Послеоперационный период без осложнений.

30/IX 1954 г. больная выписалась. При проверке через 6 месяцев чувствует себя
здоровой, рабстает.

Ш. П., 19 лет, 17/III 1954 г. на работе почувствовал резкие боли в левом под-
реберье. Срочно доставлен в хирургическое отделение в состоянии коллапса. При
беглом осмотре картина острого внутреннего кровотечения. Тупые боли в пояснице
чувствует уже около года, мочится 8—9 раз в сутки, но это не отражалось на его
трудоспособности.

Кожные покровы резко бледны, пульс едва ощутим, временами на лучевой арте-
рии совсем не прощупывается. АД не определяется. Температура — 37,2°. Дыхание
везикулярное, при перкуссии ясный легочный звук во всех отделах. Живот вздут,
болезнен в левом подреберье; здесь же напряжение мышц. Печень не прощупывается,
при перкуссии определяются ее нормальные границы. Слепая и сигмовидная кишки
пальпируются нормальными. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный во всех
отделах живота, симптом Пастернацкого положительный слева.

Срочный анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, прозрачность
полная, удельный вес — 1010, белок — 0,16, плоский эпителий — единичные клетки,
лейкоциты — 4—6, эритроциты — 5—6 в поле зрения.

Э.— 900 000, Л.— 4600, э.— 4%, ю.— 1%, п.— 5%, с.— 72%; л.— 14%, м.— 4%,
РОЭ — 53 мм/час; тромбоцитов — 120 000; начало свертывания крови — 4 мин. 15 сек,
конец — 6 мин. 15 сек, длительность кровотоечения — 1 мин. 30 сек.

С предположительным диагнозом самопроизвольного разрыва левой почки взят на
операционный стол (А. П. Лебедев).

Косым поясничным почечным разрезом слева обнажена пропитанная кровью око-
лопочечная клетчатка. При обнажении околопочечного пространства полилась кровь
в рану. Электроотсосом эвакуировано большое количество крови из око-
лопочечного пространства, рукой удалены сгустки крови, почка выделена до почечной
ножки без труда. Околопочечное пространство осушено марлевыми тампонами, и
несколько увеличенная левая почка выведена в рану. Обнаружен разрыв почки по
выпуклой ее поверхности, из разрыва продолжается кровотечение. Кровотечение оста-
новлено зажимом на почечную ножку. Диагностирована кистозно-перерожденная с
самопроизвольным разрывом левая почка. Правая почка не изменена. Левая почка
удалена.

Послеоперационный период без осложнений.

Поликистоз обычно бывает двусторонним. В ряде случаев, помимо кровотечения,
больной страдает от недостаточности почек, мочевой инфильтрации, пареза кишеч-
ника, коллапса, шока. Поэтому лечение при разрыве кистозно-перерожденной почки
представляет сложную задачу, и она решается только операцией. В зависимости от
случая могут быть применены тампонада, удаление кровоточащих поверхностей
расположенных кист, резекция сегмента поврежденной почечной ткани с наложением
кетгутовых швов на рану почки с подведением иногда тампона. В отдельных случаях

при ненадежности паллиативной операции и достаточной функции второй почки уместна радикальная операция — удаление пораженной, перерожденной почки.

Поступила 8 августа 1960 г.

МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ И ВНЕДРЕНИЕ КИШОК¹

Канд. мед. наук Х. И. Фельдман, Г. Р. Прейс и Г. С. Драч

Клиника хирургии детского возраста (зав. — доктор мед. наук А. Р. Шуринок)
Киевского медицинского института на базе хирургического отделения
детской специализированной клинической больницы (главврач — Т. П. Новикова)

Меккелев дивертикул по разным статистикам встречается при чревосечениях приблизительно у 0,1—1,0% больных. П. Н. Юровская наблюдала 14 случаев меккелева дивертикула среди 1126 больных, подвергшихся лапаротомии. При чревосечениях указанный дивертикул попадает не только как случайная находка, но оказывается часто причиной катастроф в брюшной полости: кишечной непроходимости, перитонита, кишечного кровотечения и др. Дивертикул Меккеля может вызвать разную форму непроходимости, однако инвагинацию вызывает редко (К. А. Летунова, А. Т. Бачинская и др.). В сборной статистике Д. П. Чухриенко из 114 случаев непроходимости, вызванной меккелевым дивертикулом, инвагинаций было всего 6,1%. Из 222 детей с инвагинацией, наблюдавшихся Д. Б. Авидоном, лишь у 4 инвагинация была вызвана меккелевым дивертикулом. Гросс среди 702 детей, страдавших инвагинацией, наблюдал 32, у которых причиной инвагинации был меккелев дивертикул.

Мы наблюдали за 14 лет среди 15257 детей, подвергшихся лапаротомии, 47 с меккелевым дивертикулом, причем за один только 1959 г. — 22.

Появление относительно большого количества детей с меккелевым дивертикулом в 1959 г. объясняется принятой в нашей клинике обязательной ревизией тонкого кишечника при аппендэктомии в тех случаях, когда хирург считает, что изменения в червеобразном отростке не могут объяснить клиническую картину, выявленную у данного ребенка.

Из всех детей с меккелевым дивертикулом у 14 он был причиной непроходимости, у 9 выявлены кровоточащие язвы дивертикула, у 13 — дивертикулиты, у 2 дивертикул обнаружен в грыжевом мешке и у 9 явился случайной находкой.

За последние 14 лет (с октября 1946 до октября 1960 г.) в нашей клинике лечились 257 детей по поводу инвагинации, из них у 5 инвагинация была связана с меккелевым дивертикулом.

Механизм внедрения, связанный с меккелевым дивертикулом, может быть различным.

1. Меккелев дивертикул может стать головкой инвагината и вовлечь в инвагинацию отрезок тонкой кишки.

2. Верхушка меккелева дивертикула может вернуться в просвет дивертикула, не вовлекая во внедрение отрезка тонкой кишки.

3. Меккелев дивертикул может быть вовлечен в инвагинат при тонкокишечной инвагинации.

Все инвагинации на почве меккелева дивертикула, наблюдавшиеся разными авторами, были тонкокишечными. Нужно полагать, что меккелев дивертикул вряд ли может стать причиной инвагинации в илеоцекальном углу, даже если этот дивертикул расположен в конечном отделе подвздошной кишки, и в таком случае дивертикул может вызвать только тонкокишечную инвагинацию. Однако меккелев дивертикул может вместе с инвагинированным отрезком тонкой кишки пройти через баугинневу заслонку, либо он может быть пассивно вовлечен в инвагинат вместе с отрезком тонкой кишки при слепоободочных инвагинациях. В таких случаях головка инвагината — слепая кишка — может пассивно вовлечь в инвагинат отрезок подвздошной кишки вместе с меккелевым дивертикулом, особенно если последний расположен на близком расстоянии от слепой кишки.

В тех случаях, когда вовлеченный в инвагинат (при слепоободочной инвагинации) меккелев дивертикул находится в инвагинате непродолжительное время, он может остаться малоизмененным даже при глубокой инвагинации.

Диагностика инвагинаций, связанных с меккелевым дивертикулом, не представляет особых трудностей. Клиническая картина не отличается от других видов инвагинаций. Следует, однако, подчеркнуть, что при изолированной инвагинации меккелева дивертикула клиническая картина остается неясной. При этом виде инвагинации, особенно при широком основании дивертикула, инвагинат не претерпевает значительного изменения. Головка инвагината (при небольшом диаметре верхушки диверти-

¹ Доложено на конференции врачей клиники хирургии детского возраста и хирургического отделения детской специализированной клинической больницы 27/X 1960 г.