

артериосклероз, преимущественно головного мозга, почек, тонкого кишечника и сердца; гипертрофия мышечных волокон и очаговый миофиброз левого желудочка сердца, первичное сморщивание почек; отложения липоидов в интима аорты, сосудов основания мозга и коронарных артерий сердца.

Приведенное наблюдение показывает, что некоторые формы гипертонической болезни должны быть предметом специального внимания хирурга, поскольку при кишечной локализации сосудистых изменений может потребоваться срочное вмешательство, не только терапевта и невропатолога, а именно хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголепов Н. К. Клини. мед., 1950, 9. — 2. Вайль С. С. Изменения сосудов при гипертонической болезни. 1940, Л. — 3. Вальдман В. А. В кн.: Вопросы патологии крови и кровообращения, вып. 2, 1944, Л. — 4. Даль М. К. В кн.: Сб. научн. работ Ленинградского института усовершенствования врачей за 3-й год Отечественной войны. 1945. — 5. Движков П. П. В кн.: Новости медицины, вып. VIII, 1948, М. — 6. Давыдовский И. В. и Колтовер А. Н. Тр. IV сессии АМН СССР, 1949, М. — 7. Колтовер А. Н. Арх. патол., 1947, 5; 1956, 8. — 8. Ланг Г. Ф. Гипертоническая болезнь. 1950, М. — 9. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь, 1954, М. — 10. Fishberg A. M. Arch. Intern. Med., 1925, XXXV. — 11. Moritz A. K. a. Oldt M. K. Amer. J. Pathol., 1937, XIII.

Поступила 12 августа 1958 г.

ОПУХОЛИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Проф. А. В. Габай

Из клиники детской хирургии (зав. — проф. А. В. Габай)
Харьковского медицинского института

Доброкачественные опухоли почек у детей почти не встречаются; рак и саркомы крайне редки, а наиболее частыми у них бывают „смешанные опухоли“, называемые еще эмбриомами, эмбриональными опухолями, аденосаркомами, аденомиосаркомами, опухолями Вильмса (Wilms). По Вильмсу, они исходят из недифференцированной мезодермальной ткани и являются продуктом дизонтогенетического развития. Гистологически они состоят из перемешанных между собою саркоматозных и железистых элементов, нередко с включением мышечной, хрящевой, костной, нервной и других тканей.

Такая опухоль вначале растет в ткани почти экспансивно, сдавливая и оттесняя паренхиму и отделяясь от последней как бы капсулой; последняя представляет собою склерозированную сдавленную почечную ткань (Эйно Вирори — Eine Virori).

По мере дальнейшего роста опухоль прорастает в окружающую ткань почки, в соседние ткани и часто дает метастазы гематогенным и лимфогенным путем в любые органы (кроме вилочковой железы), но чаще в регионарные лимфоузлы, затем в легкие, печень, кости.

В литературе описываются и единичные наблюдения, и опыт отдельных учреждений по лечению этих новообразований. Так, С. Д. Терновский собрал за 26 лет в Морозовской детской больнице 18 случаев, в клинике Мейо (Mayo) за 36 лет — 65 подобных опухолей. В сборной статистике Микстера (Mixer) за 12 лет фигурирует 430 наблюдений.

Опухоли почек являются наиболее частыми из всех злокачественных новообразований у детей, составляя от 17% (С. Д. Терновский) до 50% [Брока (Broca)] их общего количества. Мы за 12 лет из 70 детей со злокачественными новообразованиями отметили у 25 детей (то есть более чем в 1/3 случаев) опухоли почек.

По литературным данным, они одинаково часты у мальчиков и девочек и встречаются преимущественно у детей до 3—5 лет.

У нас на 10 мальчиков приходится 15 девочек; возраст — от одного месяца до 11 лет, причем 20 приходится на возраст до 4 лет, а на более старшие возрасты — лишь единичные наблюдения. Поражение левой почки отмечено у 15, правой — у 10 детей.

В клиническом течении опухолей почек у детей отмечается различной длительности скрытый период до появления первых при-

наков болезни. Длительность симптомов и степень распространения заболевания зачастую не совпадают.

Срок существования у наших детей симптомов болезни до обращения за врачебной помощью составляет у 11 — до одного месяца, у 10 — от одного до 6 месяцев и у 4 — от 7 до 12 месяцев.

Отмечаемая у взрослых триада симптомов почечной опухоли в виде ранней гематурии, последующей боли и наиболее поздней — прощупываемой опухоли — у детей носит иной характер.

Тотальная, профузная, перемежающаяся и бессимптомная гематурия, являющаяся следствием прорастания опухоли в стенки сосудов на фоне повышенного внутрпочечного давления от застойных явлений в ее паренхиме, — у детей наблюдается далеко не часто (по сборным статистикам лишь в 18%, мы ее наблюдали у 5 больных, то есть у 1/5), причем только у одного она была первым симптомом опухоли. Причина редкости гематурии у детей лежит в эластичности детских сосудов и почечной капсулы, в быстрой атрофии почечной паренхимы от сдавления растущей опухолью, в более низком кровяном давлении у детей и, кроме того, в преобладании саркоматозной ткани в смешанных опухолях; а саркоматозные опухоли почек, как установлено, дают значительно реже гематурию, чем рак.

Боль при почечных опухолях зависит от растяжений растущей опухолью фиброзной почечной капсулы, в которой имеются многочисленные нервные окончания; в дальнейшем боль зависит от прорастания опухоли в окружающие нервные стволы и корешки.

По литературным данным, боль у детей при опухолях почек отмечена в 18—30% и носит обычно тупой, неопределенный и трудно локализуемый характер. Боль отмечена у 5 наших детей (1/5), причем у 3 она была первым симптомом опухоли. Эластичность капсулы почки и первоначальный экспансивный рост опухоли объясняют причину редкости болей у детей.

Прощупываемая или видимая на глаз опухоль, обычно свидетельствующая о далеко зашедшем процессе, имелась у всех наших детей при поступлении, причем у 12 (1/2) она была первым замеченным проявлением заболевания.

Следует указать, что нередко опухоль случайно обнаруживается во время купанья (у 3 наших больных) или при другом заболевании (у 2 наших больных). К сожалению, чаще всего лишь случайно обнаруженная опухоль или прогрессирующее увеличение живота заставляют родных ребенка обращаться к врачу.

При поступлении зачастую у больных отмечаются, наряду со значительной опухолью и увеличением живота, симптомы давления на соседние органы растущей опухоли или метастазов, как, например, развитие венозной сети на брюшной стенке (у 20 наших больных), голова медузы и асцит от прорастания или сдавления почечной и полой вен (у нас в 2 наблюдениях), отеки нижних конечностей от сдавления подвздошных вен (у нас в одном наблюдении), запоры (у 5 детей) или поносы (у 5 детей) от давления на кишечник, желудочный дискомфорт (давление на желудок), желтуха (сдавление или прорастание желчных путей), одышка (прорастание диафрагмы, метастазы в плевру, в легкое), учащенное мочеиспускание (у нас в одном наблюдении), никтурия, иногда недержание мочи (в результате давления опухоли на мочевой пузырь). Варикоцеле, связанное со сдавлением внутренней семенной вены, у детей не отмечается.

У детей значительно чаще, чем у взрослых, обращают на себя внимание вторичные общие симптомы интоксикации продуктами обмена опухоли и метастазирования. К ним относятся: общая слабость,

потеря аппетита, бледность, похудание. Они отмечены у 20 наших детей. К очень частым общим симптомам относится подъем температуры тела (у 22 больных). Иногда вторичные общие симптомы являются первыми, заставляющими обратиться к врачебной помощи. Так, трое наших больных были доставлены родителями к врачу из-за бледности, похудания, потери аппетита, а трое — из-за повышения температуры тела, причем у 2 была заподозрена малярия.

Распознавание опухоли почек у детей первыми наблюдающими врачами слишком часто ошибочное. Из 25 детей 16 поступили к нам даже с неправильно указанной локализацией процесса: у 5 в печени (эхинококк, абсцесс, опухоль), у 3 — в селезенке (опухоль, спленомегалия), у 3 в полости живота (опухоль); у 1 подозревалась забрюшинная гематома, у 1 — мегаколон, 1 — хронический аппендицит, и 2 поступили без диагноза. У остальных 9 больных правильно были указаны топография и новообразовательный характер процесса, хотя у 8 и неточно в смысле гистологического строения (у 3 — опухоль почки, у 4 — гипернефрома, у 1 — рак почки); только у 1 был диагноз аденосаркомы почки. Все правильные топографические диагнозы были поставлены в специальных стационарных учреждениях (урологическом, хирургическом и онкологическом), а в одном случае после пробной лапаротомии.

Приведенные факты свидетельствуют о трудностях диагностики опухолей почек у детей. Дети, страдающие опухолями почек, попадают к врачу либо с выраженными вторичными симптомами болезни, либо с явной опухолью в животе, которую относят не к почке, а к другому органу. Неправильное истолкование причин общих симптомов болезни, либо большая величина обнаруженной опухоли и изменившиеся сложные топографоанатомические отношения играют большую роль в диагностических ошибках. А последние ведут нередко к неправильному и нередко длительному лечению. Так, одна наша больная, в связи с первичной гематурией, лежала длительно в стационаре по поводу ошибочно предполагаемого геморрагического нефрита. Ряду детей со значительными опухолями назначались согревающие компрессы. Нескольким лихорадящим детям проводились безуспешно курсы пенициллинотерапии, а двум из них — противомаларийное лечение. У отдельных больных грудного возраста распознавалась „опухоль“ живота, но операция намечалась через 1 — 2 года, когда „дети подрастут“.

Анализ мочи (за исключением отдельных случаев гематурии) редко направляет мысль врача по пути искания заболевания почек как исходного. Из наших 25 больных только у 2 была гематурия при поступлении. У остальных в моче обнаружены весьма небольшие отклонения от нормы: белка от 0,03‰ до 1,1‰, единичные лейкоциты, выделенные эритроциты, гиалиновые или эпителиальные цилиндры, клетки эпителия почек, лоханок, мочевыводящих путей. И только в моче мальчика К., 8 лет, были обнаружены тканевые клочки, содержащие группами крупные атипические клетки. Редкость нахождения у детей в моче элементов опухоли объясняется экспансивным типом ее роста и ранним сдавлением почечной паренхимы.

Обнаружив опухоль в животе, врачи часто забывают о том, что опухоли почек являются одними из самых частых у детей.

Использование методов пальпации, перкуссии, раздувания толстого кишечника воздухом, рентгеноскопия и специальное урологическое исследование позволяют поставить правильный диагноз.

Прощупываемая опухоль в наших наблюдениях варьировала по величине от головы новорожденного до значительной, занимающей больше половины живота, и располагалась сбоку, нередко заходя

на другую сторону. Опухоль эта то была крупнобугристой, то была гладкой, плотной или плотноэластической консистенции, со значительно ограниченной подвижностью или отсутствием ее (у 7 больных). Симптом почечного баллотирования отмечен у 13 больных. Притупленный перкуторный звук над опухолью зачастую сменялся тимпаническим при раздувании толстого кишечника воздухом. Однако, особо четко забрюшинную локализацию опухоли можно было выявить при сочетании раздувания толстой кишки воздухом с рентгенопросвечиванием. При этом обычно раздутый кишечник располагался впереди или внутри от тени опухоли; тень же опухоли не имела контуров нормальной почки.

В 5 случаях, из-за огромных размеров опухоли, точно установить отношение ее к почке, а не к печени или селезенке нам удалось при применении пневморетроперитонеума (газ при этом вводился в забрюшинное пространство пресакральным путем по Руис Ривасу), в сочетании с раздуванием толстого кишечника воздухом, что позволяет нам рекомендовать это сочетание в неясных случаях.

Хромоцистоскопия, проведенная у 15 детей, установила у всех отсутствие выделения краски из мочеточника пораженной стороны.

Ретроградная пиелография редко применима у детей в связи с частым отсутствием катетеризационных цистоскопов соответствующего калибра.

Экскреторная урография, имеющая небольшое значение в диагностике опухолей почек у взрослых, ценна у детей, из-за своей доступности. Она нами проводилась внутривенным или внутрикостным путем у всех 25 больных, причем у 23 обнаружилось отсутствие выделения сергозина больной почкой, и лишь у 2 детей — выявились неправильной формы тень в чашечках и лоханке и отклонение нечеткой тени мочеточника к середине. В то же время этот метод позволил установить нормальную функцию здоровой почки.

Аортография у детей, по техническим причинам, редко применима; мы ею не пользовались.

В крови у всех больных была выражена вторичная гипохромная анемия (у одного до 20% гемоглобина), умеренный или более выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево и зачастую ускоренная РОЭ.

Сопоставление данных приведенных методов исследования позволяет прийти к правильному диагнозу опухоли почки. Ряд больных поступил к нам с клинически выявляемыми метастазами в регионарные лимфоузлы, в периферические лимфоузлы, в кожу, в легкие и т. д. По Вильмсу, у детей метастазы при распознавании опухоли почки обнаруживаются в 30% случаев.

Течение смешанных опухолей почек быстрое: 7—8 месяцев с момента обнаружения признаков опухоли. Имеются лишь редкие казуистические наблюдения доброкачественного течения.

Нефрэктомия выполнима независимо от величины больной почки и возраста ребенка, если функция здоровой почки удовлетворительна, а опухоль не проросла в окружающие органы, нет метастазов, и общее состояние допускает операцию. Иногда невыполнимость нефрэктомии выявляется лишь во время самой операции. Так, С. Д. Терновский из 12 оперированных смог удалить почку лишь у 8, а С. Л. Минкин — из 14 у 9.

9 своих больных мы подвергли операции; у 8 произведена нефрэктомия, а у одного пришлось ограничиться пробной операцией из-за местных метастазов и прорастания опухоли в брюшину и толстую кишку.

Исходы оперативного лечения далеко не благоприятны. По сводным данным П. Д. Соловова, смертность в ближайшие сроки после

операции составляет 30—35%, а в последующие — 70—90%. В клинике Мейо из 65 оперированных исход прослежен у 44, из них 40 погибли в разные сроки.

Однако, в литературе имеются и единичные наблюдения длительного благополучия детей, перенесших операцию (у Лед и Гросса — от 3 лет до 21 года).

Мы из 9 оперированных потеряли одного во время операции от шока; из остальных 8, благополучно перенесших операцию, погибли от метастазов в ближайшие 1—3 месяца — двое, через 5 месяцев — один и через полтора года — один; судьба 4 детей неизвестна. Гистологически — в 7 случаях аденосаркома, в одном — лимфангиосаркома.

За последние годы, благодаря лучевому лечению, исходы заметно изменились к лучшему. Лучевая терапия применяется в различных видах: 1) как предоперационная с целью подавления роста и жизнедеятельности опухоли перед нефрэктомией, 2) как послеоперационная — для подавления роста незамеченных и неудаленных остатков опухоли в окружающих тканях и 3) при противопоказаниях к нефрэктомии. Наилучшей является комбинация предоперационного облучения с нефрэктомией и послеоперационным облучением. По Гроссу, подобная методика, проведенная у 38 детей, дала успех у 18 (то есть в 47,3%).

С. Р. Слуцкая и К. А. Москачева за последние 8 лет из 35 больных 23 провели комбинированную терапию и имели непосредственные хорошие результаты у 21 больного; в дальнейшем часть больных погибла, а 8 живы от 5 до 8 лет.

Из наших больных 11 получили рентгенотерапию. У 4 детей опухоль почки уменьшилась, но в процессе лечения выявились метастазы в отдаленные органы; у 6 детей эффекта не было, состояние детей ухудшилось, выросла кахексия. И только у одного ребенка рентгенотерапия оказалась эффективной и было проведено комбинированное лечение.

Речь идет о девочке 2,5 лет, у которой мать случайно во время купания обнаружила опухоль в животе; районной больницей девочка была направлена в хирургическую клинику одного из мединститутв УССР, где был установлен диагноз аденосаркомы почки, но от предполагавшейся операции родители отказались. К нам девочка поступила через 3,5 месяца от появления первых симптомов болезни в состоянии выраженной интоксикации с огромной опухолью левой почки. На пиелограмме функция больной почки отсутствует. Проведено дооперационное рентгенооблучение из 5 полей, всего 2500 г. Опухоль резко уменьшилась. Через 2 недели, по окончании рентгенотерапии, легко выполнена нефрэктомия. Послеоперационное облучение из 3 полей 3000 г. Выписана в хорошем состоянии. Случай недавний. Гистологически — аденосаркома; в препарате опухоли видны многочисленные некрозы, разрастания соединительной ткани, запустение мелких сосудов, эндартериит, уплотнение капсулы, то есть те изменения, которые дает рентгенотерапия.

Изложенные данные в большинстве свидетельствуют о далеко неблагоприятном положении с ранней диагностикой и результатами лечения опухолей почек у детей. Это заставляет направить внимание лечащих врачей (в первую очередь, педиатров) на широкое использование всех диагностических возможностей для раннего выявления таких заболеваний у детей и назначения своевременного лечения. При существующем охвате детей диспансерным наблюдением, если бы врачи производили при каждом осмотре и пальпацию живота (даже при отсутствии жалоб), возросло бы число выявленных больных с опухолями почек в более ранней стадии развития.

1. Даугташвили Д. Л. Урология, 1955, 3. — 2. Духанов А. Я. Педиатрия, 1937, 6. — 3. Маянц А. И. Опухоли почек и верхних мочевых путей. Медгиз, 1949. — 5. Минкин С. Л. Урология, 1941, 1. — 5. Москачева К. А. Злокачественные опухоли почек у детей. Медгиз, 1953. — 6. Свиридов А. И. Сов. хир., 1935, 2. — 7. Слуцкая С. Р. и Москачева К. А. Урология, 1955, 3. — 8. Тальман И. М. Хирургия почек и мочеточников по материалу клиники проф. С. П. Федорова, ОГИЗ, 1939. — 9. Терновский С. Д. Нов. хир. арх., 1931, 4. — 10. Шлифер И. Г. Рентгенологические исследования при опухолях брюшной полости, Киев, 1938. — 11. Burgess G. M. Ref. J. de Chirurgie, 1949, 4—5. — 12. Fulton H. a. William A. Ewans. Arch. of Surgery 1955, 2. — 13. Gross R. The chirurgie of infancy and childhood. Philadelphia a. London, 1954. — 14. Howard L., Steinbach M. D. a. Donald R. Smith. Arch. of Surgery, 1955, 1. — 15. Ladd W. a. Gross R. Abdominal surgery of infancy and childhood. Philadelphia, 1947. — 16. Roedelius E. Zeitschrift für Urologie, 1936, Bd. 30. — 17. Russell Taylor. Ref. J. de Chirurgie, 1956, 12. — 18. Virori Eino. Ref. J. de Chirurgie, 1949, 1—2.

Поступила 24 декабря 1958 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОВУЛЯЦИИ И ЕЕ СРОКА У ЖЕНЩИН

Канд. мед. наук Е. Т. Васильева

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

Вопрос об овуляции уже издавна интересует ученых, так как с овуляцией непосредственно связана и беременность.

Умение установить простыми и доступными способами овуляцию и срок ее наступления позволит врачу правильно подойти к диагностике бесплодия и его устранению.

Для определения наличия и времени овуляции мы стремились использовать способы не травматичные для женщины, доступные для практического врача и теоретически обоснованные.

Исследования по установлению овуляции и ее срока нами производились следующими способами: 1) путем вычисления по сроку менструации, 2) по изучению колебаний клеточного состава промывной жидкости влагалища, 3) по измерению температуры тела, 4) по изучению слизистой матки, взятой путем соскоба в первый день менструации, 5) по обнаружению в яичниках изменений, характерных для овуляции.

Для исследования выбирались женщины чадородного возраста с правильной, регулярной менструальной функцией.

Представленный материал относится к 30 женщинам.

У всех женщин путем тщательного собранного анамнеза выяснялись продолжительность менструального цикла и его колебания; в течение 6 и более месяцев регистрировался, путем записи, первый день менструации. Определив, таким образом, продолжительность и колебания менструального цикла, мы устанавливали предполагаемый срок овуляции по первому дню ожидаемых месячных, считая, что овуляция происходит за 12—16 дней до них.

Далее, у всех женщин производилось изучение клеточного состава влагалищной жидкости по методике П. В. Бочкарева и К. Н. Павловой.

Это изучение промывной жидкости влагалища на протяжении менструального цикла позволило отметить, что у исследуемых женщин десквамация эпителия влагалища претерпевает в течение менструального цикла изменения, которые заключаются в увеличении количества эпителиальных клеток в промывных водах влагалища приблизительно в середине межменструального промежутка. Увели-