

Б-ной Б., 24 лет, поступил 4/III-58 г. с жалобами на сердцебиение, сухой кашель. Правильного телосложения, умеренного питания. Над аортой выслушиваются систолический шум и акцент 2-го тона. Границы сердца в норме. При перкуссии грудной клетки определяется расширение сосудистого пучка влево на 2—2,5 см. Пульс 70, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД — 130/70. При рентгеноскопии органов грудной клетки в переднем средостении определяется овальной формы тень, расположенная над дугой аорты. Наружный контур вырисовывается отчетливо, пульсирует. В нижней средней части тень этого образования сливается с аортой. На кимограмме видны зубцы аортального типа. Рентгеноэлектрокимограмма показала усиленную пульсацию левого желудочка с укорочением диастолы. На нисходящей аорте дикротический зубец. Пульсирующее образование в области дуги аорты (во всех направлениях) напоминает пульсацию аорты.

28/III-58 г. под эфирно-кислородным интратрахеальным наркозом произведена аортография. Обнажена левая общая сонная артерия, при выделении артерии замечено присасывание воздуха плеврой. Это место тампонируется марлевой салфеткой, смоченной физиологическим раствором, после чего присасывание воздуха прекратилось. В восходящую часть аорты через сонную артерию введен металлический зонд. В течение одной секунды в аорту инъецировано 50 мг 70% раствора кардиотраста, включен рентгеновский аппарат и сделана серия снимков. На основании аортограммы установлен диагноз опухоли переднего средостения. Аорта расположена нормально, тень опухоли с дугой аорты не связана, контуры аорты на месте соприкосновения с опухолью четкие, гладкие. После пробуждения от наркоза б-ной стал жаловаться на умеренные боли в правой половине грудной клетки. При просвечивании на следующий день после исследования отмечен правосторонний пневмоторакс, самостоятельно рассосавшийся через 2 недели.

В заключение необходимо отметить, что дуга аорты и общая сонная артерия имеют настолько сложные и вариабильные топографоанатомические взаимоотношения, что это должно всегда учитываться при транскаротидной аортографии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антелав Н. В. Хирургия легких и плевры, Тбилиси, 1948. — 2. Он же. Хирургия органов грудной полости. М., 1952. — 3. Лисицын М. С. Хирургическая анатомия, Петроград, 1921. — 4. Еврейнова М. В. и Ботеза М. И. Русск. хир. арх., 1902. — 5. Плюснина Л. Сб. тр. Архангельского мед. ин-та, вып. 5, 1939.

Поступила 4 марта 1959 г.

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК

*Канд. мед. наук А. А. Айдаров*

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

Открытие и успешное внедрение в урологическую практику противотуберкулезных антибиотиков и химиопрепаратов (стрептомицин, ПАСК, фтивазид, тибон, салюзид и др.) отразились на методах и результатах лечения туберкулеза мочевой системы.

Если до стрептомициновой эры единственным методом лечения одностороннего туберкулеза почки считалась нефрэктомия, то за последние 10 лет в связи с широким применением антибиотиков и противотуберкулезных химиопрепаратов оказалось возможным с успехом производить органосохраняющие операции — резекцию полюса почки (А. П. Фрумкин), кавернотомию (В. Е. Миловидов). Эти операции могут быть произведены даже и на единственной почке. Показаниями же к удалению пораженной туберкулезом почки (при одностороннем процессе) в настоящее время следует считать лишь пионефроз туберкулезной этиологии, множественно-кавернозную форму туберкулеза почки. Эта операция показана также и в тех случаях, когда противотуберкулезная терапия оказывается неэффективной, а расположенные в средней части почки очаги деструкции не поддаются резецированию.

За 10 лет (1947—1956 гг.) по поводу туберкулеза мочевой и мочеполовой систем в нашей клинике находилось на лечении 304 больных. Подробному изучению были подвергнуты истории болезни 160 больных (со сроком наблюдения от 1 года до 10 лет), из них 30 повторно обследованы в стационаре, 57 — амбулаторно и 73 — путем анкетного опроса и полученных лабораторных данных. Мужчин было 98 (61,2%) и женщин — 62 (38,8%). До 15 лет — 6, от 15 до 20 — 16, от 20 до 40 — 109, старше — 29 чел.

Заболевание туберкулезом правой почки имело место в 43,9% случаев, левой — в 35% и двустороннее поражение — в 21,1%. Сочетание поражения мочевых и половых путей наблюдалось в 21,9% случаев, причем в одном случае — у женщины.

Туберкулез почки в сочетании с туберкулезом легких наблюдался в 9,3%, с туберкулезным спондилитом — в 3,9%, с костно-суставным туберкулезом — в 2,3%, с туберкулезом лимфатических узлов — в 0,6% случаев.

Точно установить давность заболевания больных не представлялось возможным, так как большинство их исчисляло давность своей болезни только с момента появления тяжелых дизурических явлений.

37 считали себя больными до 6 мес., 55 — до 12 мес., 27 — до 2 лет, 13 — до 3 лет, 18 — до 5 лет, а остальные 10 чел. — до 10 лет.

В 20,5% случаев больные поступили в клинику с диагнозом хронического цистита или хронического пиелостита после длительного безуспешного лечения в других лечебных учреждениях.

В 71,8% случаев больные предъявляли жалобы на постоянные тупые боли в пояснице на стороне поражения почки. Эти боли в большинстве случаев сопровождалась дизурическими явлениями, в 5% — микрогематурией, в 16,1% — тотальной гематурией и в 21,8% — терминальной гематурией.

В 7,7% случаев боли начались внезапно и носили приступообразный характер. В одном случае туберкулез почки сочетался с мочекаменной болезнью, в одном — на высоте приступа острых болей справа диагностирован и оперирован острый аппендицит.

Изменения со стороны мочи сводились в большинстве случаев к асептической пиурии при кислой реакции мочи, в 20,5% случаев бактериоскопически обнаружены туберкулезные палочки; в 12,2% — туберкулезные палочки в моче обнаружены только бактериологическим методом. В 67,3% случаев туберкулезные палочки в моче обнаружены не были.

При хромоцистоскопии туберкулезные бугорки найдены у 8 больных, язвы — у 7, очаговая гиперемия — у 22, диффузная гиперемия — у 15, гиперемия в области мочеточникового устья — у 3, буллезный отек — у 13, изъязвления и рубцовые изменения — у 24.

У 37 больных имелся микроцистит, почему цистоскопия была невозможна. У 48 больных чистоскопическая картина оказалась нормальной.

Нормальная функция почек установлена у 15 больных, умеренное запаздывание — у 41 и у 47 больных — отсутствие выделения индигокармина на стороне пораженной почки.

При ретроградной пиелографии у 32 больных установлены множественные каверны, у 10 — пионефроз, у 14 — изъеденность контуров чашечек и у 5 — дефекты наполнения лоханки.

На экскреторной урограмме у 23 найдены каверны пораженной почки и стриктуры мочеточников; у 13 — неясные изображения.

Исходя из клинического течения туберкулеза почек и рентгенолабораторных данных, мы сочли возможным разделить больных по формам поражения на четыре группы (в соответствии с классификацией С. П. Федорова).

К первой отнесены больные с начальной формой поражения почек без деструктивных изменений (56 чел.), ко второй — с явлениями незначительной деструкции (59 чел.), к третьей — с односторонне-кавернозной формой туберкулеза почек (35 чел.). В четвертую (10 чел.) выделены больные туберкулезным пионефрозом, то есть конечной стадией туберкулеза почек.

Больным первой и второй групп проводилась антибактериальная терапия, а больные 2 последних групп подверглись также и оперативному лечению.

В процессе антибактериальной терапии течение болезни контролировалось повторными систематическими исследованиями мочи, определением функционального состояния почек и рентгенологическими исследованиями.

Мы вполне разделяем мнения А. М. Гаспаряна и И. М. Эпштейн, что успех лечения больных мочеполювым туберкулезом химиотерапевтическими средствами и антибиотиками зависит не только от дозы этих препаратов, а в большей степени — от характера и тяжести инфекции, длительности процесса, фазы заболевания и сопротивляемости организма. Следует отметить, что туберкулез мочевой системы в смысле эффективности лечения противотуберкулезными препаратами находится в более благоприятных условиях, чем туберкулез легких и других органов, ибо в почечной паренхиме концентрация антибактериальных препаратов выше, чем в крови (М. Н. Жукова). Этим до некоторой степени и можно объяснить эффективность консервативной терапии противотуберкулезными препаратами при туберкулезе мочевой системы даже при наличии деструктивных изменений в почках, если они умеренно выражены.

Больным начальной формой туберкулеза почек мы назначали 40—60,0 стрептомицина в сочетании с ПАСК или фтивазидом; больным второй группы — 60—90,0 стрептомицина также в комбинации с фтивазидом. Ежедневно внутримышечно вводилось стрептомицина по 250 тыс. МЕ 2 раза и по 0,3 фтивазида три раза в сутки. Лечение проводилось непрерывно в течение 4 месяцев. В дальнейшем применялся прерывистый курс лечения, причем больных первой группы назначалось стрептомицина на курс по 15—20,0, для больных второй группы — по 20—30,0 с перерывами между курсами в 2—3 месяца. Лечение продолжалось 2—3 года. Комбинированная стрептомицинотерапия с фтивазидом, по нашим впечатлениям, более эффективна, чем сочетание стрептомицина с ПАСК.

Отдаленные результаты антибактериальной терапии больных туберкулезом почек таковы. Из 56 больных, страдавших туберкулезом почек без деструктивных изменений, стрептомицинотерапия в сочетании с фтивазидом у 35 (62,5%) в сроки от 1 года до 10 лет дала хорошие результаты. У этих больных и при дальнейшем исследовании установлена нормализация мочи (отсутствие пиурии, микрогематурии), исчезновение болей в поясничной области, прекращение дизурических явлений. У 12 больных отмечено улучшение, то есть лишь периодическое появление пиурии и учащенного мочеиспускания. В 8 случаях (при несистематическом применении антибиотиков и химиопрепаратов) по-прежнему оставались пиурия, учащенные позывы на мочеиспускание, боли в поясничной области пораженной стороны. Один больной из этой группы спустя 14 мес. после выписки умер вследствие двустороннего кавернозного туберкулеза легких.

Из второй группы у 26 получены хорошие результаты (44%), у 12 удовлетворительные, у 8 наступило ухудшение, и 13 умерло.

Таким образом, из 115 больных обеих групп у 61 (53%) установлено стойкое исчезновение симптомов туберкулеза почек; умерло 14 человек (12,2%), из которых 5 — от недостаточности функции почек (один — через 6 мес., двое — через год, один — через 2 года 3 мес. и один — спустя 4 года) и 9 — от генерализованного туберкулезного процесса.

За 10 лет в клинике были произведены нефрэктомии и геминефрэктомии 45 больным (28,1%). Из них геминефрэктомия применена в одном случае подковообразной почки и в 10 случаях — по поводу туберкулезного пионефроза. Операции производились под местной анестезией по А. В. Вишневскому. Применялся косой поясничный разрез Бергмана — Израэля. Одновременно с почкой удалялся мочеточник до мочевого пузыря. Больным, подлежавшим оперативному лечению, до операции и после нее проводилась комбинированная стрептомицинотерапия с фтивазидом. После операции ни одного летального исхода не было.

Из оперированных больных 35 (77,7%) чувствуют себя практически здоровыми (от 2 до 10 лет) и возвратились к труду. У 10 периодически отмечаются пиурия, учащенное мочеиспускание. У одного из них около 3 лет не закрывался свищ поясничной области (эмпиема культи моче-

точника). Двое больных имеют инвалидность третьей группы. Один больной умер спустя 7 лет 8 мес. после операции от туберкулеза оставшейся почки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гаспарян А. М. Урология, 1955, 2. — 2. Жукова М. Н. Урология, 1958, 1. — 3. Миловидов В. Е. Урология, 1958, 3. — 4. Он же. Урология, 1958, 4. — 5. Фрумкин А. П. Урология, 1957, 3. — 6. Эпштейн И. М. Урология, 1955, 2. — 7. Он же. Урология, 1956, 4.

Поступила 22 января 1959 г.

## ЗАТЯЖНАЯ СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

*Проф. А. М. Сигал*

(Одесса)

Затяжная субфебрильная температура как симптом имеет большое и в то же время различное клиническое значение. Неправильное истолкование его всегда чревато нежелательными для больного последствиями, так как либо влечет за собой запоздалый диагноз в тех случаях, где требуется своевременная энергичная терапия, либо приводит к так называемой гипердиагностике, то есть постановке несоответствующего более серьезного диагноза с продолжительным отрывом больного от работы, длительным постельным режимом и неизбежной в таких случаях психической и ятрогенной травматизацией.

За последние 30 лет было несколько периодов, когда такую длительную субфебрильную температуру неправильно и односторонне связывали поочередно с тем или иным заболеванием. Так, в 20-х годах после спадения пандемии сыпного и возвратного тифов широко наблюдавшуюся субфебрильную температуру, являвшуюся, как это позже выяснилось, симптомом значительной по своим размерам вспышки туберкулеза легких, относили за счет «хронической малярии». Позже значительно участились и привлекли внимание заболевания септическим и другими формами эндокардитов, хотя затяжную субфебрильную температуру у таких больных продолжали еще некоторое время относить за счет туберкулеза легких. В дальнейшем постановка диагноза эндокардита, базировавшаяся главным образом на симптоме длительной субфебрильной температуры и жалобах больных на неприятные субъективные ощущения со стороны сердца, приняла неоправданно массовый характер. В настоящее время затяжная субфебрильная температура чаще, чем это следовало бы, приводит к безоговорочной постановке диагноза ревмокардита и проч.

Правильное истолкование затяжной субфебрильной температуры долгое время упиралось в дискуссионный когда-то вопрос о возможности повышенной температуры неинфекционного происхождения, то есть не связанной с тем или иным скрытым инфекционным очагом. Еще С. П. Боткин писал об «эссенциальных лихорадках». В настоящее время общепризнанным является взгляд, согласно которому повышенная субфебрильная температура может быть и на почве нарушения терморегуляторных центров, то есть неинфекционного происхождения.

Определение характера затяжных субфебрильных температур, как показывает опыт, нередко представляет большие трудности. Предлагаемая нами методика распознавания природы затяжных гипертермий, выработанная на основании многолетнего опыта, как нам представляется, может облегчить эту задачу. Методика эта включает два этапа: 1) всестороннее углубленное обследование больного, направленное на выявление какого-либо скрытого воспалительного очага (табл. 1); 2) при отсутствии последнего выяснение, в какой мере жалобы и симптоматика соответствуют характеру неврогенных гипертермий (табл. 2).

В табл. 1 помещены лишь заболевания, наиболее часто связанные с очагами дремлющей инфекции и сопровождающиеся длительной субфебрильной температурой, о которых чаще всего приходится думать при постановке дифференциального диагноза. Как известно, субфебрильная температура может наблюдаться и при начальной стадии рака желудка, при пернициозной анемии и мн. др. Однако эти заболевания обладают специфической симптоматикой, и, кроме того, симптом относительно длительной субфебрильной температуры в таких случаях является не основным, а лишь сопровождающим признаком диагностически определившегося уже заболевания. В нашей таблице помечено совершенно необходимое, с нашей точки зрения, указание на обращение к специалисту, причем оно должно носить выборочный характер, сооб-