

Свердловский государственный медицинский
институт

На правах рукописи

С. С. БАРАЦ

Т Е З И С Ы

к диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

„КЛИНИКА ТРОМБОЗА ГЛАВНЫХ ПОЧЕЧНЫХ
АРТЕРИЙ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО
СУЖЕНИЯ ИХ УСТЬЕВ“

г. Березовский
Свердловская область
1952 г.

Свердловский государственный медицинский
институт

На правах рукописи

С. С. БАРАЦ

Т Е З И С Ы

к диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

**„КЛИНИКА ТРОМБОЗА ГЛАВНЫХ ПОЧЕЧНЫХ
АРТЕРИЙ И АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО
СУЖЕНИЯ ИХ УСТЬЕВ“**

г. Березовский
Свердловская область
1952 г.

НС 02462

Подписано к печати 24/VI-52 г.

Объем 1 печ. лист

Тираж 100 экз. Заказ 712. Бесплатно.

г. Березовский, Свердловской обл. Типография Облполиграфиздата.
ул. Советская, 11.

За последние годы тромбозы и эмболии различных сосудистых областей привлекают к себе все большее внимание врачей различных специальностей как в отношении ранней диагностики и неотложной терапии, так и в отношении механизмов их возникновения. Об этом свидетельствует, в частности, проведенная в июне 1950 г. специальная научная конференция врачей Московской области, посвященная проблеме тромбозов и эмболий. На это же указывает и увеличение за последние годы в нашей периодической литературе количества статей, касающихся вопросов артериальной закупорки. Однако, до настоящего времени проблема тромбозов и эмболий содержит еще много вопросов, требующих своего разрешения. И чем скорее и глубже будут изучены все неясные еще вопросы этиопатогенеза, диагностики, профилактики и лечения тромбоэмболических осложнений, тем большую пользу окажет советская медицина больным с этими жизнеопасными поражениями.

I.

Значительный интерес к артериальным тромбозам различной локализации, отмечаемый в последнее время, свидетельствует о том, что они встречаются гораздо чаще, чем предполагали раньше. Об этом убедительно свидетельствует сопоставление прежних секционных данных о количестве артериальных тромбозов по г. Москве за 1912—32 гг. (Г. П. Зайцев) и 1922—34 гг. (Г. М. Минц) с данными Свердловской городской клинической больницы № 1 за 1949—50 гг. Последние значительно превышают предыдущие. Однако, при этом следует иметь в виду значение возросшего внимания к сосудистой патологии со стороны клиницистов и патологов, что приводит, конечно, к более частому распознаванию тромбозов и эмболий и создает тем самым впечатление еще более заметного увеличения их частоты за последние годы. Для особенно заметного учащения

тромбоэмболий в некоторых сосудистых областях это последнее обстоятельство имеет весьма существенное значение. Что касается данных прозекутуры Свердловской городской клинической больницы № 1, где процент артериальных тромбозов различной локализации составил 14,1⁰/₀ всех случаев вскрытий и значительно превысил данные других прозекутур за предыдущие годы, то это, как нам кажется, зависит не столько от истинного учащения артериальных тромбозов, сколько от специального и тщательного исследования сосудистой системы во время вскрытий. Это согласуется также и с указаниями Г. П. Зайцева о недостаточном внимании к поражению сосудистой системы со стороны патолого-анатомов в прошлом, когда нередко на вскрытиях не вскрывался просвет даже наиболее жизненно важных артерий.

В целях своевременной диагностики этих заболеваний большое значение имеет знание клиники поражения сосудов отдельных органов тромбозами и эмболиями. По словам Е. М. Тареева: „Это наиболее близкая клиницисту задача, но еще далеко не полностью разрешенная. Тромбоэмболии почечных сосудов, легочной артерии и ее разветвлений, тромбозы системы воротной вены, печеночных вен и т. д. дают своеобразные клинические синдромы, подробно изучаемые в последнее время в отношении их сложного патогенеза. Следует признать, что исчерпывающего клинического описания поражений, относящихся к тромбоэмболической болезни, еще не имеется“.

Целью и задачей нашей работы явилось изучение тромбоэмболизаций главных почечных артерий, прежде всего, в отношении выяснения их частоты, детальной симптоматики и возможностей прижизненной диагностики. Задача эта встала перед клинкой, с одной стороны, в связи с заметным учащением обнаружения на вскрытиях этого жизнеопасного осложнения ряда сердечно-сосудистых заболеваний, а, с другой,—в виду намечающихся перспектив предупреждения и лечения его.

По изученным нами данным патолого-анатомического отделения Свердловской городской клинической больницы № 1 за 1949—50 гг. тромбоз главных почечных артерий составил 13,8⁰/₀ от общего количества обнаруженных на вскрытиях артериальных тромбозов, превышая тем самым процент тромбозов в коронарных артериях, приведших к

летальному исходу, (10,5%), брыжеечных (8,5%), мозговых (4%) и в других артериях внутренних органов.

Тромбоэмболизация главных почечных артерий является одним из весьма мало изученных вопросов данной проблемы. Имеющиеся до 30—40 годов нашего столетия единичные сообщения, касающиеся тромбоза главных почечных артерий, почти целиком относятся к урологической литературе. Характерной особенностью этих работ является подход к освещаемому вопросу не с функционально-физиологических позиций влияния тромбоза главных почечных артерий на весь организм больного человека в целом, а с точки зрения местно развивающихся в пораженной почке изменений.

В последние 15—20 лет, в связи с более углубленным изучением проблемы гипертонической болезни, встал вопрос о методах воспроизведения экспериментальной модели гипертонии на животных. Среди ряда предложенных способов получил распространение также и метод экспериментальной почечной гипертонии путем сжатия почечных артерий животного. В литературе, особенно в зарубежной, совершенно ошибочно и несправедливо идея, положенная в основу этих опытов, многими все еще связывается с именем американца Гольдблатта. Действительно, Гольдблатту и его сотрудникам (1934—1937 гг.) с помощью специального зажима, постепенно сжимающего почечную артерию, удалось создать условия длительной ишемии почек с развитием при этом у собак значительного и стойкого повышения артериального давления. Однако, историческая правда и справедливость требуют отметить, что идея, которой воспользовался Гольдблатт, принадлежит великому русскому клиницисту С. П. Боткину.

С. П. Боткин с целью экспериментальной проверки некоторых клинических наблюдений предложил работающему у него в 70—80 гг. прошлого столетия Я. Я. Стольникову воспроизвести поражение почек у животных. По этому поводу Стольников пишет: „Имея в виду чрезвычайную важность этого наблюдения как в теоретическом, так и практическом отношении, проф. С. П. Боткин предложил мне по возможности подойти к этому явлению экспериментально... Первою нашею задачей, естественно, было установление способа искусственного вызывания нефрита...“ („Архив

клиники внутренних болезней проф. Боткина», том VI за 1879—1880 гг.). С. П. Боткин и Я. Я. Стольников показали, что лучшим в этих случаях оказывается метод расстройства кровообращения в почках путем сжимания почечных артерий. Таким образом, идея и опыты С. П. Боткина и Я. Я. Стольникова больше, чем на полстолетия опередили опыты Гольдблатта, получившие широкую известность в настоящее время.

Экспериментальные работы по воспроизведению гипертензии методами сужения просвета главных почечных артерий несомненно усилили внимание клиницистов и, прежде всего, терапевтов, а также патолого-анатомов к состоянию почечных артерий в клинической действительности. Однако, следует подчеркнуть, что изучение этого вопроса приняло несколько односторонний характер. Не вдаваясь в детали изучения всей клинической картины стенозирующих поражений главных почечных артерий, авторы, занявшиеся данным вопросом, в описаниях отдельных случаев сосредоточили свое внимание лишь только на сопутствующей им более или менее выраженной гипертензии.

По собранным нами данным, к настоящему времени в литературе 55 различными авторами опубликованы сведения, касающиеся 73-х наблюдавшихся ими случаев тромбозов и эмболий главных почечных артерий. Лишь у девяти авторов мы нашли указания на несколько случаев тромбозов и эмболий главных почечных артерий (от 2 до 11). Остальными же 46-ю авторами приводится лишь по одному случаю.

Малое количество случаев, наблюдавшихся отдельными авторами, привело к тому, что детальное обобщающее описание клинической картины тромбоэмболизации главных почечных артерий оказалось недоступным каждому из них в отдельности. Описанные же тромбозы и эмболии главных почечных артерий в подавляющем большинстве случаев представляли собой лишь находку на вскрытии, при жизни же больных о возможности подобного осложнения задумывались редко. Отсюда понятно, что при ретроспективном изучении этих случаев обычно обнаруживался ряд дефектов клинического и лабораторного обследования этих больных.

II.

Настоящая работа основана на изучении клинических и патолого-анатомических данных, касающихся 30 случаев тромбоза главных почечных артерий. Большинство этих случаев наблюдалось нами в факультетской терапевтической клинике (зав.—профессор Б. П. Кушелевский) Свердловского мединститута, меньшая часть относится к ряду других доступных для нас лечебных учреждений и прозектур (госпитальная хирургическая клиника, госпитальная терапевтическая клиника, урологическое отделение Свердловской городской клинической больницы № 1, терапевтическое отделение Свердловской городской больницы № 7, больница УПИ им. Кирова, Березовская объединенная больница № 1).

Углубленное клиническое изучение наших случаев и сопоставление их с имеющимися в литературе данными, (что в общей сложности составило свыше 100 случаев тромбозэмболизации главных почечных артерий), позволило нам подойти к изучению ряда не получивших еще своего освещения в медицинской литературе вопросов клиники этого тяжелого поражения. Кроме того, в настоящую работу мы включили восемь наблюдавшихся нами случаев резко выраженного атеросклеротического сужения устьев главных почечных артерий, в виду некоторого сходства в их клинической картине с тромбозом главных почечных артерий и аналогичными последствиями, вызываемыми в организме.

Нашей важнейшей задачей мы считали показать возможность прижизненной диагностики этих тяжелых осложнений, поддающихся распознаванию, и тем самым привлечь внимание к этому вопросу не только терапевтов, но и хирургов и урологов. Недостаточное внимание клиницистов к этому поражению приводит к тому, что в большинстве случаев оно не диагностируется, у больных развивается гипертония, значительно ухудшающая течение основного заболевания и определяющая неблагоприятный исход его. В то же время, как показывают, правда, единичные еще пока наблюдения, эта гипертония может быть излечена своевременным оперативным вмешательством. С другой стороны, своевременное применение антикоагулянтов, повидимому, в ряде случаев могло бы предупредить возникновение либо про-

грессирование закупоривающего артерию процесса. В этом практический смысл и значение раннего распознавания патологии в главных почечных артериях.

Особое внимание с нашей стороны привлекли те случаи, в которых атеросклеротическое сужение устьев главных почечных артерий либо тромбоз их явились осложнениями в течении гипертонической болезни. Эти наблюдения получают определенный теоретический и практический интерес вследствие развивающегося при этом быстро прогрессирующего течения гипертонической болезни, за счет несомненного и стойкого включения в сложную цепь ее патогенеза с его первичными нейрогенными механизмами вторичного почечного фактора.

Следует подчеркнуть, что наиболее частая локализация атеросклероза в области устьев артерий и по настоящее время обычно связывается с механическими факторами, будто бы имеющими место при воздействии на эти участки артериальной системы тока крови. Учитывая данные проф. Г. Ф. Иванова о локализации ангиорецепторов, мы полагаем, что основной причиной более частого развития очагов липоидной инфильтрации и атеросклеротических бляшек вокруг устьев артерий и участков их разветвления являются не чисто механические моменты, а, прежде всего, высокая функциональная активность этих отделов.

Рассматривая тромбоз почечных артерий как жизнеопасное осложнение некоторых заболеваний, мы и дали описание его клинической картины отдельно при: 1) пороках сердца, 2) гипертонической болезни и 3) атеросклерозе аорты. В последних двух группах параллельно дается описание атеросклеротического сужения устьев главных почечных артерий.

Для понимания механизма развития клинических признаков тромбоза главных почечных артерий мы исходили не столько из факта механической закупорки артерий, сколько из остро возникающих рефлекторных нервно-сосудистых явлений и патофизиологической роли почечной ишемии для организма. На основании детального клинического изучения наших случаев тромбозов главных почечных артерий представилось возможным выделить и обосновать их симптомологию, которая была сведена к трем основным симптомокомплексам: 1) болевому, 2) гипертоническому и 3) мочево-му.

Кроме них, нами отмечен и ряд других симптомов, имеющих существенное значение как в отношении распознавания тромботических процессов вообще, так и в направлении уточнения их локализации. Выделенная симптоматология позволила клинике прижизненно распознать за последние годы семь случаев тромбозов главных почечных артерий, тогда, как во всей доступной нам литературе описано лишь шесть подобных случаев. Кроме того, клинике удалось впервые подобить к прижизненному распознаванию трех случаев атеросклеротического сужения устьев главных почечных артерий. Описаний случаев подобной прижизненной диагностики в доступной нам литературе мы найти не смогли.

III.

Основные выводы, к которым мы приходим в результате изучения заинтересовавшего нас вопроса, сводятся к следующему:

1. Начальным симптомом тромбозов главных почечных артерий в большинстве случаев являлись остро возникающие боли в животе или в поясничной области. Обращает на себя внимание факт большей частоты болей в животе, чем в пояснице. Еще чаще имелись одновременные боли в животе и в пояснице. Заслуживает внимания возможность локализации болей на стороне, противоположной тромбозу, что известно при почечной колике под названием почечно-почечного синдрома. Характерно отсутствие распространения боли вниз живота, половые органы и бедра, что имеет дифференциально-диагностическое значение для отличия от почечной колики при почечно-каменной болезни. Примерно, у третьей части наших больных боли сопровождались различными диспептическими расстройствами.

Продолжительность значительно выраженных болей различна: от нескольких часов до нескольких суток. Иногда, спустя продолжительный безболевого промежутка, отмечается повторение сильных болей прежней локализации. По истечении острого болевого периода у больных длительно сохраняется положительный симптом Пастернацкого, соответствующий пораженной почке.

У всех наших больных с атеросклеротическим сужением устьев главных почечных артерий, в отличие от больных с тромбозом их, выраженный болевой симптомокомплекс отсутствовал.

2. Ведущим симптомокомплексом как тромбозов главных почечных артерий, так и атеросклеротического сужения их устьев, является развитие стойкой симптоматической артериальной гипертонии у больных пороком сердца либо атеросклерозом аорты. При гипертонической же болезни имело место повышение артериального давления по отношению к исходной гипертонии и фиксация его на высоком уровне.

Основным условием развивающегося в этих случаях стойкого повышения артериального давления является избыточное образование в организме больных ренина, реализующего через центральную нервную систему подъем артериального давления. В дальнейшем, на основе ренина как безусловного раздражителя, может развиваться условно-рефлекторный механизм фиксации артериального давления на высоком уровне (А. Л. Мясников с сотрудниками, 1951 г.).

3. В ряде случаев у больных с тромбозом главных почечных артерий либо атеросклеротическим сужением их устьев, при гипертонической болезни или атеросклерозе аорты имело место развитие синдрома злокачественной гипертонии. Развитие в этих случаях злокачественной гипертонии соответствует взглядам Г. Ф. Ланга на патогенез настоящего синдрома.

4. На основании клинико-физиологического анализа случаев сочетанных тромбозов почечной и верхней брыжеечной артерий, где не имело место развитие гипертонического симптомокомплекса, и в соответствии с учением советских авторов об ангиорецепции, — имеются основания предполагать существование в области верхней брыжеечной артерии рефлексогенной депрессорной зоны. Тем самым еще раз подтверждается указание И. П. Павлова о наличии в сосудистой системе большого количества чувствительных регулирующих кровообращение аппаратов.

5. Мочевые симптомы у наших больных выражались обычно альбуминурией, достигающей, примерно, у третьей части из них от 3% до 16%, небольшой микрогематурией либо даже отсутствием ее и появлением иногда в моче клеток почечного эпителия. Значительно выраженная гематурия наблюдалась редко.

6. Специального внимания ввиду своей диагностической ценности при поражении главных почечных артерий заслу-

живает факт отчетливого расхождения между степенью альбуминурии, с одной стороны, и гематурии, с другой, которому до настоящего времени не было придано должного значения.

Заслуживает также внимания наличие иногда розовато-красной окраски мочи при отсутствии в мочевом осадке эритроцитов. Наличие подобной окраски в этих случаях зависит от содержания в моче кровяного пигмента — продукта распавшихся эритроцитов.

7. При исследовании функционального состояния почек в случаях развития тромбоза либо атеросклеротического сужения устьев главных почечных артерий оказалось, что развивающиеся постепенно явления почечной недостаточности больше всего были выражены у больных гипертонической болезнью, менее — у больных атеросклерозом аорты и еще меньше — у больных пороками сердца.

8. Существенную помощь в распознавании тромбоза либо атеросклеротического сужения устьев главных почечных артерий может оказать хромоцистоскопия. Учитывая возможность развития при тромбозе почечной артерии почечно-почечного синдрома, следует подчеркнуть роль хромоцистоскопии как метода, устанавливающего также и сторону поражения.

9. Определением почечного кровотока с помощью упрощенной методики, предложенной Н. А. Ратнер из Института терапии АМН СССР, может быть подтверждено наличие значительной почечной ишемии при тромбозе главной почечной артерии.

10. Обнаруживаемые при тромбозах главных почечных артерий изменения со стороны общего анализа крови аналогичны широко известным изменениям крови, развивающимся при тромбозе коронарных артерий.

Подобных изменений при атеросклеротическом сужении устьев главных почечных артерий нами не наблюдалось.

11. Гиперпротромбинемия, при наличии трех ранее отмеченных основных симптомокомплексов, является одним из дополнительных симптомов, подтверждающих клиническое предположение о развитии тромбоза в главной почечной артерии. Наличие при этом значительно выраженной гиперпротромбинемии может указывать на множественный характер тромбообразований, включая и полости сердца.

12. У больных с тромбозом либо атеросклеротическим сужением устьев главных почечных артерий нередко отмечается склонность к субнормальной температуре, а также отсутствие выраженной температурной реакции при лихорадочных осложнениях (пневмонии). В этом мы усматриваем клиническое подтверждение наблюдений и экспериментов С. П. Боткина и Я. Я. Стольникова о „жаропонижающем действии диффузного поражения почек“, вызванного перевязкой, а у нас тромбозом либо атеросклеротическим сужением устьев главных почечных артерий.

13. Прогноз в отношении длительности жизни больных с тромбозом главных почечных артерий до настоящего времени остается неблагоприятным, хотя смерть больных в острой стадии тромбоза, повидимому, наблюдается редко. Основными причинами резкого ухудшения течения основного заболевания является развитие стойкой артериальной гипертонии, а также явлений сердечной и почечной недостаточности.

14. Профилактика артериальных тромбозов должна сводиться, с одной стороны, к широким санитарно-гигиеническим мероприятиям, включающим в себя все меры предупреждения развития гипертонической болезни и атеросклероза аорты.

С другой стороны, в условиях Советского здравоохранения с широкой диспансеризацией сердечно-сосудистых больных может быть успешно осуществлена активная профилактика тромбоэмболических осложнений путем своевременного применения у этих больных с гиперпротромбинемией различных антикоагулянтов, внедряемых в последнее время в медицинскую практику.

15. В остром периоде тромбообразования в главных почечных артериях лечение должно быть направлено на облегчение страданий больных путем ликвидации болей (новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, папаверин внутривенно, наркотические средства).

В целях ликвидации артериальной гипертонии, развивающейся у больных с тромбозом либо атеросклеротическим сужением устья главных почечных артерий, наиболее радикальным, повидимому, следует считать своевременную операцию удаления пораженной почки. Заслуживает специального внимания применение в подобных случаях также и операции нефроментопексии.