

дизурии или изменениями со стороны мочи. Дизурические симптомы больной категорически отрицает. Исследование мочи не обнаруживает никаких отклонений от нормы.

Через 4 дня температура у больного стала нормальной, все симптомы исчезли, Л. выздоровел. От урологического исследования больной отказался, считая для своего возраста инструментальный метод неприемлемым. Таким образом, наш предположительный диагноз „камни в левой почке“ оставался в виде гипотезы, нуждающейся в дополнительных доказательствах.

Эти доказательства не заставили себя долго ждать. Через две недели больной, ночью, во время мочеиспускания заметил, правильное услышал, как „что-то твердое упало на дно судна“: 2 маленьких камешка, один величиной с просяное зерно, другой с небольшую горошину были, первыми конкрементами его коллекции.

В течение года безболезненное выделение камней повторилось, и больной, убедившись окончательно в правильности диагноза, решил провести курс лечения на Кавказе.

Из факультетской хирургической клиники Пермского государственного института (врид директора доц. Вечтомов).

Случай кисты поджелудочной железы.

И. А. Иванов.

Кисты поджелудочной железы принадлежат к числу сравнительно редких хирургических заболеваний. В 1862 году Le Dentu впервые оперировал и описал один случай кисты поджелудочной железы. С тех пор (Körte, Bassel—Hagen, Гебелль, Валяшко, Парин и др.) собрано свыше 300 случаев кист поджелудочных желез. За последние годы имеются сообщения об отдельных случаях кисты поджелудочной железы (Лидеман, Смирнов, Ворожев и др.). По литературным данным удалось уже довольно полно изучить некоторые стороны данного заболевания, однако многое остается спорным и неясным. Поэтому, каждый новый случай наблюдения представляет безусловно научный интерес.

Нами наблюдался в фак. хирург. клинике следующий больной. Мальчик М-ков, 5 лет, поступил в клинику 26 ноября 1933 г. с жалобами на схваткообразные боли в животе и наличие опухоли в левой верхней половине живота. По рассказу матери, ребенок родился вполне доношенным и развивался до 4-месячного возраста вполне нормально. С 5-го месяца своей жизни он стал беспокойным, часто плакал и мало прибывал в весе — был „хилым“. 1½ года тому назад появились боли ноющего характера в области желудка и пупка, не зависевшие от приема пищи, начинающиеся как натощак, так и после еды. Боли носили периодический характер с продолжительными светлыми промежутками от недели до 1 месяца. Однажды при дефекации вышла одна круглая глиста. С февраля 1933 г., т. е. 10 месяцев тому назад, боли в животе, главным образом около пупка, стали наступать схваткообразно, более часто, с продолжительностью в 2—3 дня, сопровождаясь повышением температуры до 38° и многократной рвотой зеленью. Отправления кишечника нормальны. В апреле и мае приступообразные боли в животе стали

более частыми и интенсивными. В мае 1933 г. в одной из больниц ребенок подвергся операции по поводу правосторонней паховой грыжи. Боли после операции не прекратились. В конце июня ребенок был помещен на коечное лечение в детскую клинику, где впервые была отмечена кистовидная опухоль в брюшной полости. Медикаментозное лечение и тепло на живот интенсивности болей не уменьшали. В ноябре отмечено появление мучительных, схваткообразных болей, продолжающихся 3 дня со светлыми промежутками по 2—4 часа. Локализация болей попрежнему наблюдалась в подложечной области и около пупка. Была многократная рвота, температура повышалась до 38°, стул был задержан 2 дня. Наследственность благоприятная. Мальчик в раннем детстве болел корью.

Ребенок по росту, физическому и умственному развитию соответствует своему возрасту. Длина тела 103 см, вес тела 16300 г. Питание понижено, окраска кожи бледноватая, видимые слизистые оболочки бледно-розоватого цвета. Подкожный жировой слой развит слабо. Тургор кожи слегка понижен. Лимфатические железы в пределах нормы. Сердце и легкие в норме. На животе, в области левого подреберья, имеется возвышение, при пальпации в этой области определяется расположенная в полости живота опухоль, величиной с головку новорожденного ребенка. Верхняя граница опухоли уходит под левые ребра и там не контурируется, она тесно связана здесь с селезенкой. Нижняя граница опухоли на 2½ см выше уровня пупка, правая граница на 1 см не доходит до средней линии живота. Опухоль шаровидная, поверхность гладкая, упруго-эластической консистенции, безболезненная, хорошо флюктуирует, подвижность ее ограниченная. При перкуссии над опухолью тупой звук. Печень не увеличена и безболезненная. Мочеполовая система в норме. В отправлениях кишечника отклонений от нормы не имеется.

Исследование крови.

Количество эритроцитов и лейкоцитов в 1 куб. мм.

	1 декабря 1933 г.	20 мая 1934г.	Нормальный состав крови у детей 4—6 лет по шкале проф. Молчанова
Гемоглобина	64%	67%	65—95%
Эритроцитов	4090000	4370000	5—6000000
Лейкоцитов	9000	8800	8500
Гемоглобинный индекс	0,8	0,77	0.650.79

Со стороны эритроцитов имеется в незначительной степени анизцитоз, пойкилоцитоз и олигохромемия как до операции, так и после операции.

Лейкоцитарная формула крови:

	1 декабря 1933 г.	20 мая 1934 г.	Нормальный состав крови у детей 4—6 лет по шкале проф. Молчанова
Лимфоцитов	72%	55%	43%
Нейтрофилов	20%	36%	46%
Переходных форм	6%	7%	8%
Эозинофилов	2%	2%	3%

Сравнивая данные исследования крови от 1/XII 33 г. с исследованиями крови 20/V 34 года, мы видим, что появились некоторые изменения в процентном отношении лейкоцитарной формулы крови. После операции количество лимфоцитов уменьшилось на 17%, нейтрофилы, напротив, увеличились на 16%. Переходные

формы и эозинофилы остались почти без изменения. Отмечается небольшое увеличение количества эритроцитов и гемоглобина. Реакции Wasserman'a и Pirquet отрицательны.

Исследование мочи: моча прозрачная, соломенно-желтого цвета, удельный вес 1019, реакция нейтральная. Суточное количество мочи—950—1100 жс. Реакции на белок, сахар, уробилин, индикан и ацетоксусную кислоту отрицательны. В осадке под микроскопом: единичные плоскоклеточные эпителиальные клетки, небольшое количество аморфных солей. В мокроте ничего патологического не обнаружено.

Исследование кала: под микроскопом видны капельки жира, изредка встречаются эпителиальные клетки, белые кровяные шарики, имеется значительное количество различных растительных клеток. Реакция Weber'a отрицательная.

На основании анамнеза, клинического наблюдения за процессом болезни, объективного осмотра больного, лабораторных исследований диагностирована кистовидная опухоль брюшной полости, являющаяся, по видимому, непаразитарной кистой селезенки. С этим предположительным диагнозом и была произведена нами операция 4 декабря 1933 г. под эфирным наркозом. Сделан разрез вдоль левого реберного края длиной около 20 см, по вскрытии полости живота обнаружена опухоль с довольно хорошо развитыми сосудами, величиной с детскую головку, шаровидной формы. Опухоль у левой реберной дуги тесно прилегает к селезенке и обширно сращена с окружающими органами. С правой стороны опухоль покрыта большим салеником, последний прочно сращен с капсулой опухоли. Спайки отделены тушым путем; оказалось, что опухоль расположена под желудком между листками mesocolon transversum. Поперечно-ободочная кишка находится на задне-верхней части опухоли и сращена с последней при помощи ее брыжейки. По отделении спаек видно, что опухоль исходит из хвоста поджелудочной железы и спаяна тесно с hilus'ом селезенки. Подвижность опухоли из-за спаек ограничена. Тупо отделена от спаек передняя стенка опухоли на протяжении 12—14 см² и сделана marsupialisatio. При помощи троакара удалено содержимое кисты—400 жс слегка тягучей жидкости, имевшей вид светло-кофейной гущи. Реакция резко щелочная, удельный вес 1015, реакция на белок положительная, реакция Карно и Gross'a на трипан резко положительные. Под микроскопом: до 40—50 лейкоцитов, до 10 эритроцитов в поле зрения, встречаются единичные бесструктурные эпителиальные клетки. В послеоперационном течении схваткообразные боли, которые наблюдались у мальчика раньше, исчезли. На 8-й день сняты швы, заживление раны гладкое, отделяемое из свища около 8 см³ за сутки. Аппетит у мальчика хороший, стул нормальный, самочувствие удовлетворительное.

Исследование мочи: суточное количество 800—900 жс. Моча соломенно-желтого цвета, удельный вес 1020, реакция нейтральная. Реакции на белок, сахар, уробилин, индикан отрицательны. В осадке под микроскопом: единичные кристаллы щавелевой кислоты, аморфные земли и изредка встречаются плоско-эпителиальные клетки.

Патолого-гистологическая картина: стенка кисты оказалась состоящей из фиброзной соединительной ткани, местами с круглоклеточной воспалительной инфильтрацией. Эпителия нет.

После выписки больного из клиники мы имели возможность наблюдать его периодически в течение 11 месяцев, свищ не закрылся, выделение содержимого кисты гораздо меньше—за сутки в среднем выделялось около столовой ложки мутновато-тягучей жидкости; кожа в окружности свища постоянно раздражена, но признаков переваривания тканей не отмечалось. Введенный в свищ зонд уходит на 6—8 см и упирается в мягкие ткани. Проводилось лечение: периодически промываниями полости свища раствором марганца и 2% раствором ляписа. В окружности свища применялись индифферентные мази.

Наблюдавшийся нами случай можно отнести к разряду непаразитарных или истинных кист поджелудочной железы—доброкачественного характера, развивающихся в течение нескольких лет незаметно для больного и, по видимому, в дальнейшем осложняющихся последующим кровоизлиянием в полость ее.

По литературным данным самым частым этиологическим моментом в образовании кист служит травма. Пол и возраст не имеют большого значения для развития заболевания, сравнительно реже встречаются кисты до

7-летнего возраста, более часто наблюдаются с 8 до 20-летнего возраста и старше. Что касается локализации кист поджелудочной железы, то, по данным Körte, Oser'a и других, излюбленным участком кист и наиболее частым является хвост поджелудочной железы, затем головка и реже тело ее. В нашем случае, судя по расположению и направлению роста кисты, последняя, видимо, исходила из хвоста железы. В нашем случае киста располагалась у левой реберной дуги, тесно прилегала к селезенке и симулировала непаразитарную кисту селезенки.

Симптоматология и клиническая картина болезни при кистах поджелудочной железы может быть довольно разнообразной, в зависимости от этиологии кисты, местоположения ее в поджелудочной железе, быстроты ее роста и сопутствующих явлений в виде сдавливания органов полости живота, нарушения их функции, расстройства обмена веществ и прочие. Для некоторых кист панкреатической железы (Merigot, Salzer, Парин и др.) важной диагностической особенностью является их исчезновение.

Наиболее постоянным симптомом при панкреатических кистах являются боли в верхней половине живота, чаще всего в подложечной области. Эти боли нередко развиваются внезапно, как в нашем случае, незаметно для самого больного, временами они успокаиваются и через некоторый промежуток времени вновь появляются, достигая прежней интенсивности. Иногда боли имеют характер колик с ясной локализацией вблизи пупка. У нашего больного подобные схваткообразные боли наблюдались нередко повторно и приводили его к крайнему изнурению.

При исследованиях крови у больных с кистой поджелудочной железы авторами (Смирнов и др.) отмечено увеличение процента лимфоцитов и эозинофилов за счет уменьшения нейтрофилов. У нашего больного при исследовании крови до операции мы наблюдали увеличение лимфоцитов до 72%, причем это увеличение произошло, главным образом, за счет уменьшения процента нейтрофилов (20%), другие клеточные элементы белой крови (эозинофилы—2%, переходные формы—6%) в процентном отношении приближаются к норме. После операции в течение 5—6 месяцев лейкоцитарная формула крови у нашего больного стала выравниваться, количество лимфоцитов уменьшилось до 55%, а количество нейтрофилов наоборот увеличилось до 36%, другие элементы белой крови в процентном отношении остались без изменений (см. таблицы). После операции также произошло некоторое изменение в красной крови в сторону улучшения, сравнительно за короткий срок увеличилось количество эритроцитов на 300000 и гемоглобина на 3% (по Sahly). Можно полагать, что увеличение лимфоцитов и уменьшение нейтрофилов в крови у нашего больного произошло не случайно, а, повидимому, оно было связано с образованием кисты и нарушением координации секреторной деятельности поджелудочной железы, которая, может быть, в силу патологического процесса, с одной стороны, вызвала раздражение лимфоцитарных органов, с другой стороны, давала угнетение костного мозга, отсюда явления лимфоцитоза и нейтропении. С производством операции прекращается токсическое действие панкреатической железы, тормоза снимаются и кровяные органы начинают работать нормально. В дальнейших наблюдениях следует обратить внимание на морфологический состав крови с учетом степени патологического процесса и на функциональную способность панкреатической железы.