

# ЭХИНОКОКК СЕЛЕЗЕНКИ<sup>1</sup>

А. Г. Гиниатуллин

Из хирургического отделения медико-санитарной части (главврач — Т. И. Покровская)  
нефтепромыслового управления «Бавлынефть» Бавлинского р-на ТАССР  
(главврач райбольницы — Р. Х. Галеева)

Солитарный эхинококк селезенки встречается сравнительно редко. Наиболее вероятный путь поражения селезенки: из кишечника зародыш эхинококка попадает в воротную вену, затем в нижнюю полую вену, в правое сердце и через малый круг кровообращения попадает в желудочек сердца, а оттуда в большой круг кровообращения и в селезенку (Ю. А. Волох).

Мы наблюдали один случай эхинококка селезенки.

24 февраля 1958 г. в поликлинику Бавлинского района обратилась больная Б., 57 лет, проживающая в Ермакеевском районе БАССР.

Врачом поликлиники был поставлен диагноз: спленомегалия, и больная была направлена к нам для консультации.

Жалуется на опухоль в левой половине живота, на ощущение тяжести в подложечной области и тянущие боли в левом подреберье. Отмечает также нарастающую слабость, отсутствие аппетита.

Опухоль в животе впервые заметила лет 15 тому назад. В последние 2—3 года опухоль стала заметно увеличиваться, усилились болевые ощущения, что заставило больную обратиться к врачу.

В последние 2—3 года на коже конечностей и туловища появилась зудящая сыпь, не исчезающая даже при длительном и упорном лечении.

Ранее перенесенных заболеваний больная не помнит, наследственность считает здоровой.

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, питание удовлетворительное.

На коже верхних и нижних конечностей, в области плечевого пояса и туловища имеются очаги гиперемии со стертыми границами, с выраженной инфильтрацией и лихенификацией. Гиперемия буро-цианотичного характера, причем на очагах в области плечевого пояса гиперемия розово-цианотичного цвета. На этом фоне высыпание папулезных элементов, следы расчесов; несколько больше высыпаний на брюшной стенке. Видимые слизистые без особенностей.

Пульс — 74, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальное давление — 135/70, температура тела субфебрильная. Границы сердца в норме, тоны приглушены. В легких ослабленное везикулярное дыхание.

Живот асимметричен, в левой половине определяется опухолевидное образование, уходящее в левое подреберье, нижним полюсом оно доходит до крыла подвздошной кости, правым краем заходит вправо за среднюю линию. Поверхность опухоли гладкая, консистенция плотновато-эластичная. Болезненность при пальпации незначительная, отмечается неясное ощущение ballotирования.

Печень не увеличена. Со стороны мочеполовых органов отклонений от нормы не обнаружено. Склонность к запорам. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Рентгенологическое исследование: в сердце и легких отмечены лишь возрастные изменения. Вся левая половина брюшной полости и частично правая половина заняты тенью большой плотной опухоли, нижний контур которой доходит до гребешковой линии. Со стороны желудочно-кишечного тракта особых изменений не обнаружено, за исключением небольшого смещения желудка вправо.

Гем. — 72%, эр. — 3 880 000, ц. п. — 0,9, Л. — 7 400, э. — 5%, миэл. — 2%, п. — 7%, с. — 69%, л. — 16%, м. — 1%, РОЭ — 30 мм/час. Со стороны мочи патологических изменений не обнаружено.

С целью уточнения отношения опухоли именно к селезенке нами был применен прием, описанный академиком Мыш, когда лежащая на спине больная, взявшись за изголовье кровати закинутыми кверху руками, слегка потягивается кверху, констатируется смещение опухоли в сторону нормального расположения селезенки, то есть вверх и влево. В нашем случае этот симптом оказался положительным.

Распространение дерматита нами было расценено как аллергическая реакция, встречающаяся иногда у больных с эхинококковой болезнью.

<sup>1</sup> Должено на научно-практической конференции врачей в гор. Альметьевске 25 июня 1958 г.

По данным В. Г. Потапова, изучавшего эхинококковую болезнь в Крымской АССР на большом материале, крапивница и кожный зуд могут наблюдаться у эхинококконосителей и являются очень характерным и важным симптомом эхинококкового заболевания.

Проведено лечение дерматита внутривенными вливаниями 10% раствора бромистого натрия и хлористого кальция, местно — мазевыми аппликациями.

После лечения в течение одного месяца остались кожный зуд и чувство жжения. Одновременно с лечением дерматита проводилось общеукрепляющее лечение.

При динамическом наблюдении в период подготовки к операции отмечено нарастание эозинофилов до 9% и РОЭ — до 35 мм/час.

10/IV 1958 г. нами была произведена операция под местной инфильтрационной анестезией. Обнаружена кистовидная опухоль, несколько продолговатой формы, к передней поверхности которой приращен сальник. Селезенка сильно растянута, располагается медиально и интимно сращена с кистой. При пальпации киста плотно-эластической консистенции, баллотирует, малоподвижная. Селезенка с кистой вывихнута из брюшной полости и удалена.

Операция протекала без осложнений, рана зажила первичным натяжением.

Удаленный препарат — кистовидная опухоль, продолговатой формы, весом 2 800 г, размером 21 × 15 × 13 см плотно-эластической консистенции, с приращенными частями сальника; цвет — аспидно-синюшный, участками белесовато-желтый. Селезенка окаймляет кисту, одним краем непосредственно переходит в стенку кисты, постепенно истончается. Размеры селезенки — 19 × 7 × 3 см. Киста на разрезе состоит из одной полости, содержит около полутора литров слегка желтоватой жидкости и большое количество полупрозрачных дочерних пузырей, размерами от 1 см до 2,5—3 см в диаметре.

После операции постепенно наступила нормализация кожных покровов, зуд и чувство жжения исчезли.

Больная находилась под нашим наблюдением до 7/V-58 г. и была выписана в хорошем состоянии.

По полученным нами данным, в настоящее время больная практически здорова, кожных высыпаний нет, на месте бывшего процесса участки гиперпигментации.

Поступила 12 августа 1958 г.

## ЭХИНОКОКК МАТКИ<sup>1</sup>

*И. Н. Николаев*

Из Чебоксарской гинекологической больницы (главврач — И. Н. Николаев)

В практике акушеров-гинекологов эхинококковые заболевания встречаются редко. Первое место по частоте поражения занимает печень — 65%. Частота поражения эхинококком женских половых органов, по Татаренко, — 1,4%. Тело матки редко поражается эхинококком, поэтому наш случай представляет известный интерес.

Специфических клинических симптомов эхинококк матки не дает. Течение его медленное. Поэтому диагноз эхинококка половых органов женщины обычно ставится на операционном столе.

Приведу историю болезни одной больной, оперированной в нашей больнице.

20 февраля 1941 г. в Чебоксарскую гинекологическую больницу поступила б-ная Ф., 22 лет, колхозница, с жалобами на растущую в животе опухоль. Опухоль обнаружена 3 года тому назад при врачебном осмотре. В последний год опухоль начала увеличиваться, болевых ощущений нет. Беременности не было. Первые месячные с 15 лет, через месяц, по 3 дня, без болей. Последний год месячные по 6 дней, обильные и с сильными болями.

Больная среднего роста, правильного телосложения, средней упитанности; кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Общее состояние удовлетворительное. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. Живот мягкий, при пальпации безболезнен. Печень и селезенка не прощупываются. В нижней части живота, по средней линии, определяется округлая, плотная, ограниченно подвижная опухоль. Верхняя граница ее на уровне пупка.

<sup>1</sup> Доложено на пленарном заседании Чувашского республиканского научного общества врачей 12/III-41 г.