

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 $21 \times 15 \times 13$ 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 — $19 \times 7 \times 3$ 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 МАТКИ¹

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.

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

Наружные половые органы развиты нормально. Внутреннее исследование: своды заполнены опухолью, шейка матки коническая, при осмотре зеркалами чистая, приподнята к лону, едва достижима пальцами. Продолжением шейки служит опухоль, величиной с голову взрослого человека. Опухоль при движении вверх болезненна. Придатки не определяются.

Кровь: гем. — 73%, эр. — 4 500 000, Л. — 6 400, ц. п. — 0,8, РОЭ — 7 мм/час, п. — 1%, с. — 55%, э. — 9%, м. — 9%, л. — 26%.

Диагноз до операции — миома матки.

27/II-41 г. операция. Матка шаровидной формы, величиной с голову взрослого человека, ограниченно подвижная. Яичники кистовидноперерождены, левая труба утолщена. Матка с придатками ампутирована.

Макроскопически тело матки шаровидной формы, тугоэластической консистенции. На разрезе в толще левого ребра матки обнаружена камера, в полости которой находились эхинококковые пузыри различной величины, начиная с лесного ореха до мандарина. В содержимом пузырей найдены в большом количестве сколексы. Диагноз: первичный однокамерный эхинококк тела матки.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана домой на 13-й день после операции.

Поступила 16 июля 1958 г.

К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОДИСТРОФИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА (БОЛЕЗНЬ ПЭДЖЕТА)

М. В. Помосова

Из 1-ой кафедры рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. Х. Файзуллин)
Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина

Деформирующий остит, впервые описанный в 1876 г. английским хирургом Пэджетом, относится к группе фиброзных остеодистрофий. Различают две формы этой болезни: моноосальную и полиосальную. Поражаются ею длинные и плоские кости. Кости черепа поражаются довольно часто. При этом очень характерно увеличение объема головы за счет утолщения костей мозгового черепа. Больные обычно жалуются на головные боли, понижение слуха. Появляются признаки атрофии зрительных нервов, диплопия.

Рентгеновская картина при поражении костей черепа патогномонична: кости свода черепа значительно увеличиваются в поперечнике, толщина их иногда превышает толщину нормальной кости в 3—4 раза. Все кости мозгового черепа сливаются в одно целое. Исчезают тени черепных швов, артериальных борозд, венозных синусов и углублений пахионовых грануляций. Исчезает диплое, наружная и внутренняя пластинки становятся неразличимыми. Контуры стекловидной пластинки иногда сохраняются, но могут местами прерываться и даже совсем исчезать. В ранних случаях рисунок свода черепа имеет крупнопористый, ноздреватый характер. В более поздних случаях поверхность свода принимает вид смазанной ленты, на фоне которой выделяются то ограниченные, то сливающиеся друг с другом, неправильно-округлой формы темные островки, напоминающие хлопья ваты.

Иногда в рентгеновской картине костей черепа отмечаются лишь деструктивные изменения. На своде черепа определяется обширный плоскостной дефект, ограниченный резкими контурами и распространяющийся на несколько костей черепа. Этот дефект образован благодаря разрушению или обеих пластинок свода черепа, или рассасыванием одной только наружной, при сохранении стекловидной пластинки. Подобная картина определяется рентгенологически в очень ранних стадиях болезни.

Нами наблюдалось 6 больных с поражением только костей черепа. Женщин было 4 и мужчин — 2. Возраст больных был от 36 до 57 лет.

Больных беспокоили постоянные головные боли. У одной наблюдалось понижение температуры лица слева, легкий левосторонний парез