

Таблица

Область соединения верхней челюсти со скелетом костью + лобный ее отросток + скелетная дуга	Альвеолярный отросток верхней челюсти	Переломы верхней челюсти 2 и 3 типов	Носовые кости	Область соединения верхней челюсти со скелетом костью + скелетная дуга	Скелетная дуга	Область соединения верхней челюсти со скелетом костью + скелетная дуга	Область соединения верхней челюсти со скелетом костью + скелетная дуга
17	9	8	8	4	4	3	2

чиваются этим снимком. При этом могут быть пропущены переломы верхней челюсти и скелетной кости в связи с частичным наслаждением на эти отделы лицевого скелета тени костей основания черепа. Кроме того, могут остаться невыявленными переломы скелетных дуг. Поэтому при переломах лицевого скелета лобно-носовой снимок черепа может быть использован лишь как дополнительный к подбородочно-носовому и аксиальному снимкам для уточнения состояния нижних отделов верхней челюсти и определения состояния нижней челюсти.

Неследообразно также при переломах лицевого скелета снимок черепа в подбородочно-носовой проекции заменять снимком черепа в задней проекции, который иногда производится на первых этапах диагностики больным, находящимся в тяжелом состоянии. Рентгеноанатомические данные заднего снимка черепа сходны с лобно-носовым снимком. Поэтому, как только состояние больного позволит положить его вниз лицом, следует сделать ему снимок черепа в подбородочно-носовой проекции.

Снимок черепа в подбородочно-носовой проекции, который должен в основном применяться при диагностике переломов верхней челюсти и смежных областей, производится иногда с центрацией не на верхний край орбиты, а на средину ее или даже на нижний край. Следствием этого является наслаждение тени костей основания черепа на верхние челюсти, скелетные кости и дуги, что может скрыть за собой переломы этой локализации.

При диагностике переломов носовых костей некоторые рентгенологи ограничиваются боковым снимком их или в дополнение к нему делают снимок черепа в лобно-носовой проекции. Как то, так и другое является ошибочным. При переломах носовых костей очень важно уточнить состояние медиальных стенок глазниц в связи с возможностью их перелома. Исходя из этого, кроме бокового снимка носовых костей, надо производить снимок черепа в подбородочно-носовой проекции, а не в лобно-носовой, на котором на область носовых костей и глазниц наславивается тень костей основания черепа.

Поступила 17 февраля 1960 г.

## О РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ЭХИНОКОККА

Асп. М. Р. Рокицкий

Клиника факультетской хирургии (зав.—проф. С. Л. Либов) Куйбышевского медицинского института

Наиболее часто эхинококк в организме человека развивается в печени (60—75%) и легких (10—17%); остальные 15—20% больных страдают эхинококком редких локализаций (А. Г. Бржозовский, Ю. В. Астрожников и др.).

На материале факультетской хирургической клиники за 1958—59 гг. мы встретили следующие 4 случая редких локализаций эхинококка, представляющих практический интерес.

1. Эхинококк ребер наблюдается лишь в 1,7% случаев эхинококка костей, составляющих от 0,4 до 3% поражений всех прочих органов (Б. А. Альбицкий, А. В. Мельников, Х. И. Юсуфджанов, Г. А. Бебурашвили, Б. И. Аладашвили, Г. Г. Ковалев, Ц. М. Гейлер).

Б-ная К., 54 лет, поступила 30/X-58 г. с жалобами на припухлость справа под лопаткой, появившуюся 2 месяца назад. Боли в этой области ощущает с 1948 г., когда перенесла ушиб правой половины грудной клетки.

Справа, под углом лопатки, на уровне 8 ребра, плотная, неподвижная, безболезненная припухлость размером 8×10 см. Рентгенографически: в области 7—8 ребер, по лопаточной линии, имеется округлое затемнение средней интенсивности, 7—8 ребра разрушены.

РОЭ — 45 мм/час, Л.— 9750, э.— 7%.

Диагноз: туберкулезное поражение 7—8 реберных дуг со специфическим паралевритом.

На операции (М. Р. Рокицкий) обнаружена эхинококковая киста, исходящая из 7 ребра и распространяющаяся в параплевральном пространстве до 10 ребра. Содержимое — мутная жидкость с множеством дочерних кист различных размеров. 7-е ребро разрушено, имеется патологический перелом, внутренние поверхности 8 и 10 ребер узурированы. Произведена резекция пораженных участков 7, 8 и 10 ребер. Выздоровление.

Дооперационная диагностика эхинококка костей и, в особенности, эхинококка ребер затруднена, во-первых, из-за того, что хирурги, редко встречаясь с этой патологией, забывают о ней, во-вторых, из-за отсутствия достаточно характерной клинической и рентгенологической картины. В 7 из 9 случаев эхинококка ребер, опубликованных в отечественной литературе, правильный диагноз ставился лишь на операционном столе.

Течение эхинококка ребер обычно длительное, бессимптомное или сопровождающееся неясными ноющими болями в месте локализации паразита. Все авторы отмечают частоту патологических переломов.

Для рентгенологической картины эхинококка кости характерны вздутие кости, округлые дефекты, сливающиеся друг с другом, мелкие секвестры.

Что касается выбора оперативного вмешательства при эхинококке ребер, то следует признать более целесообразной резекцию пораженных участков ребер.

III. Эхинококк желчного пузыря составляет, несмотря на частую локализацию его в печени, 0,2—0,5% по отношению к прочим локализациям (А. Г. Сосновский, П. Г. Часовников, Штих, Маккас и Баузер). А. И. Байер на 177 наблюдений приводит 10 случаев эхинококка желчного пузыря.

Возможны следующие пути проникновения паразита в желчный пузырь: при первичном поражении онкосфера с током крови может заноситься в капилляры стенки желчного пузыря, где интрамурально развивается эхинококковая киста с последующим ее прорывом. Онкосфера может проникать также в междольковые желчные ходы и заноситься в желчный пузырь, где и развивается киста.

При вторичном поражении имеет место прорыв эхинококковой кисты печени в глубокие желчные ходы (с последующим поражением пузыря) или непосредственно в желчный пузырь (А. Г. Бржозовский, Н. Н. Веселовзоров).

Вопрос о первичном поражении желчного пузыря решается по-разному. В частности, А. Г. Бржозовский и др. допускают вероятность интрамурального или внутрипузырного развития эхинококковой кисты.

Б-ной Л., 53 лет, поступил 25/IX-58 г. с жалобами на сильные боли в правом подреберье, рвоту. Болен с 1929 г., боли приступообразные, в 1939 г. болевой приступ сопровождался желтухой. В 1957 г. перенес резекцию желудка по поводу рака. Объективно в правом подреберье выражено защитное напряжение мышц, также — резкая болезненность, симптом Щеткина — Блюмберга положителен, слабо положителен феникус-симптом.

РОЭ — 36 мм/час, Л.— 9650, э.— 6%. В остальном кровь без особенностей.

После консервативного лечения (атропинизация, антибиотики) боли уменьшились. На холецистограмме справа от тени позвоночника определяется округлое обра-зование с четкими, резко очерченными контурами.

Диагноз: хронический холецистит с обызвествлением стенок желчного пузыря.

Операция (доц. С. Н. Любомудров). Желчный пузырь размером  $8 \times 6$  см тесно спаян с сальником. По вскрытии пузыря удалены множество спавшихся дочерних кист, измененная хитиновая оболочка, густая желеобразная желчь. Полость кисты, оказавшаяся замкнутым желчным пузырем с плотными обызвествленными стенками, обработана формалином, дренирована. Б-ной выписан со щелевидным свищом.

Через 5 мес. после операции он умер от метастазов рака желудка в мозг и голову поджелудочной железы. На секции в печени и других органах эхинококковых кист найдено не было.

Приведенный случай свидетельствует о возможности первичного поражения эхинококком желчного пузыря.

Клиническая картина эхинококка желчного пузыря практически не отличима от хронического холецистита — правильный диагноз до операции не был поставлен ни в одном из опубликованных случаев. Эти больные обычно оперируются по поводу хронического и острого холециститов, водянки желчного пузыря и т. д.

Прорыв эхинококковой кисты в желчные ходы характеризуется более бурными клиническими проявлениями: резкой внезапной болью в правом подреберье, повышением температуры, ознобом, рвотой (иногда с эхинококковыми пузырями), поносом, крапивницей. Характерна чрезвычайно высокая эозинофилия.

Казуистический интерес приведенного выше случая состоит в чрезвычайной редкости обызвествления желчного пузыря, пораженного эхинококком. В литературе мы не встретили подобных наблюдений.

III. Эхинококк селезенки составляет 3—5% из всех локализаций паразита (А. С. Золотарев, Н. П. Асеева, Г. И. Гришкун, С. М. Тихоедев).

Наблюдавшаяся нами б-ная Т., 46 лет, поступила 24/II-59 г. с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки. Больна 2 года.

При глубокой пальпации определяется округлый, слегка болезненный нижний полюс селезенки. Анализ крови без отклонений от нормы. При рентгеноскопии умеренное выхувание левого купола диафрагмы, под которым определяется интенсивная округлая тень с четкими обызвествленными контурами. Реакция Каццони отрицательна.

Диагноз: обызвествленный эхинококк селезенки.

На операции (М. Р. Рокицкий) селезенка слегка увеличена, из верхнего ее полюса исходит киста размерами  $20 \times 15 \times 10$  см с плотными обызвествленными стенками. Сплениэктомия. Содержимое кисты — густая желеобразная масса с множеством спавшихся дочерних пузырей. Омелотворение стенок кисты значительно облегчило дооперационную диагностику.

В выборе операции при отсутствии мощных «неразделимых» сращений большинство авторов склоняется к спленэктомии (Р. М. Гуревич, Ю. А. Волох).

IV. Эхинококк забрюшинной клетчатки в сводной статистике А. И. Байера отмечен 5 раз. В последние годы в литературе опубликован ряд случаев эхинококка этой локализации (Н. П. Асеева и Г. И. Гришкун, Ю. В. Астрожников, Ю. А. Волох, Ю. М. Дедерер, И. А. Сичкарук и Л. Н. Жакетов).

Б-ная Ц., 28 лет, поступила с жалобами на ноющие боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в бедро. С 1952 г. лечилась по поводу бруцеллеза. В 1954 г. в правой поясничной области появилась припухлость, в том же году при операции обнаружен эхинококк забрюшинной клетчатки, произведена открытая эхинококкотомия. До 1958 г. чувствовала себя здоровой, затем вновь появились ноющие боли.

В правой подвздошной области определяется неподвижная округлая опухоль, не-посредственно примыкающая к крылу подвздошной кости.

РОЭ — 25 мм/час, Л.— 5750, э.— 3%. Реакция Каццони резко положительна.

Диагноз: эхинококк забрюшинной клетчатки. Последующая операция (доц. С. Н. Любомудров) подтвердила клинический диагноз. Произведена эхинококкотомия. Выздоровление.

Решающую роль в постановке правильного диагноза в данном случае сыграли анамнестические сведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аладашвили Б. И. Хирургия, 1955, 11.— 2. Альбицкий Б. А. Тр. Томского мед. ин-та, 1938, т. 7.— 3. Асеева Н. П., Гришкун Г. И. Вестн. рентг. и радиол., 1953, 2.— 4. Астрожников Ю. В. Вестн. хир., 1957, 6.— 5. Байер А. И. Вестн. хир., 1941, 1—2.— 6. Бебурашвили Г. А. Хирургия 1954, 8.— 7. Бражниковский А. Г. Вестн. хир. и погран. обл., 1931, т. 23, кн. 67.— 8. Веселовзоров Н. Н. Нов. хир. арх., 1927, т. 13, кн. 4.— 9. Волох Ю. А. Эхинококковая болезнь у людей. Фрунзе, 1957.— 10. Гейлер Ц. М. Хирургия, 1959, 8.— 11. Деде-валев Г. Г. Хирургия, 1955, 11.— 12. Золотарев А. С. Сов. хир., 1936, 3.— 13. Ко-15. Сичкарук И. А., Жакетов Л. Н. Хирургия, 1959, 8.— 16. Тиходеев С. М. Нов. хир. арх., 1939, кн. 169.— 17. Юсупджанов Х. И. Хирургия, 1953, 1.

Поступила 5 ноября 1959 г.

## СЛУЧАЙ ВЫПАДЕНИЯ УРЕТЕРОЦЕЛЕ ЧЕРЕЗ НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА

Э. Н. Ситдыков

Факультетская хирургическая клиника им. А. В. Вишневского (зав.— проф. С. М. Алексеев) Казанского мед. института на базе Республиканской клинической б-цы (главврач — Ш. В. Бикчурин)

Кистовидное расширение пузырного конца мочеточника — уретероцеле — относится к сравнительно редким заболеваниям, а выпадение уретероцеле через мочеиспускательный канал встречается еще реже.

Б-ная Т., 29 лет, поступила 10/XI-56 г. с диагнозом: «полип уретры». Отмечает боли в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание, временами прерывистую струю мочи и появление при этом округлого образования из половой щели.

Имела двое нормальных родов, два абортов. Начиная с 1954 г., после последних нормальных родов, периодически стала отмечать боли в правой половине поясничной области с повышением температуры и учащенное мочеиспускание. В лечебные учреждения не обращалась. В июле 1956 г. струя мочи стала временами прерывистой, а в