

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 выбухание левого купола диафрагмы, под которым определяется интенсивная округлая тень с четкими обвествленными контурами. Реакция Кацони отрицательна.

Диагноз: обвествленный 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 обвествленными стенками. Спленэктомия. Содержимое кисты — густая желеобразная масса с множеством спаившихся 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, непосредственно примыкающая к крылу подвздошной кости.

РОЭ — 25 мм/час, Л.—5750, э.—3%. Реакция Кацони 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 рад., 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. Бржозовский А. Г. Вестн. хир. и погран. обл., 1931, т. 23, кн. 67.—8. Веселовцов 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. Дедерер Ю. М. Хирургия, 1955, 11.—12. Золотарев А. С. Сов. хир., 1936, 3.—13. Ковалев Г. Г. Хирургия, 1957.—14. Мельников А. В. Сов. хир., 1935, 10.—15. Сичкарук И. А., Жакетов Л. Н. Хирургия, 1959, 8.—16. Тиходеев С. М. Нов. хир. арх., 1939, кн. 169.—17. Юсуфджанов 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 аборта. 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

августе во время мочеиспускания из половой щели появилась «опухоль», которая вызвала задержку мочи. После вправления «опухоли» мочеиспускание восстановилось.

По поводу указанных расстройств мочеиспускания находилась в Альметьевской больнице, откуда и поступила к нам.

Симптом Пастернацкого справа положительный. Температура — 37,8°. Наружные половые органы нормально развиты. Из половой щели выпадает опухолеподобное образование багрово-красного цвета размером с небольшое куриное яйцо (рис. 1). Ножка образования как бы исходит из наружного отверстия мочеиспускательного канала. При надавливании это образование значительно уменьшается в размерах и легко вправляется в мочевого пузырь.

Нв — 57%, л. — 10 000, п. — 6%, с. — 68%, л. — 15%, м. — 11%, РОЭ — 54 мм/час.

Моча мутная, кислая, реакция на белок положительная, лейкоциты — до 100 и более в поле зрения, эритроциты — единичные.

Хромоцистоскопия. Слизистая в шеечном отделе гиперемирована. Устье левого мочеточника точечной формы. В момент выбрасывания мочи появляется в области левого устья округлое выпухание приблизительно в 1 см в диаметре. В области правого устья имеется шаровидное выпячивание размером 3—3,5 см в диаметре. Слизистая над выпячиванием местами гиперемирована, эрозирована, местами отечна. Индигокармин, введенный внутримышечно в количестве 8 мл, выделился из левого устья на 10 мин., из правого не выделился и через 25 мин.

Внутривенная урография. Лоханка и мочеточник левой почки заполнены контрастным веществом, уклонений от нормы не представляют. Справа — лоханка, бокалы и мочеточник атоничны. Резкая атония мочеточника в тазовом отделе. В проекции мочевого пузыря округлая тень кистовидно расширенного пузырьного конца правого мочеточника.

На основании анамнеза и проведенных исследований установлен диагноз двусторонне-го уретероцеле с выпадением правого через уретру, атония мочеточника и лоханки справа, правосторонний хронический пиелит.

30/XI трансвезикальная резекция уретероцеле (И. Ф. Харитонов). Высокое сечение мочевого пузыря под местной анестезией. Пузырная рана расширена зеркалами. Область правого устья мочеточника занята кистовидной опухолью — уретероцеле размером с грецкий орех. Произведена электрохирургическая резекция уретероцеле без наложения шва. В мочевой пузырь введен дренаж, рана послойно сужена узловатыми швами.

Через 5 час. после операции наступило кровотечение. Консервативные меры оказались безуспешными. Операционная рана раскрыта, дренажная трубка удалена. Произведена тампонада мочевого пузыря. Тампоны удалены через 24 часа. В последующем послеоперационное течение гладкое.

25/XII контрольная хромоцистоскопия. Слева те же данные, что и до операции. Справа устье в виде щели приблизительно в 0,5—0,8 см, ритмично сокращается. Слизистая в области правого устья умеренно гиперемирована. Индигокармин, введенный внутримышечно, выделился одновременно с обеих сторон на 10 минуте, причем справа широкой струей.

Внутривенная урография спустя 5 недель после операции показывает значительное восстановление тонуса лоханки и мочеточника правой почки.

Выписалась в хорошем состоянии 9/1-57 г. Трансвезикальная резекция уретероцеле дала хороший ближайший результат — значительное восстановление тонуса лоханки и мочеточника правой почки.

У 6-ной этиологическим моментом уретероцеле, мы полагаем, явилось врожденное сужение устья мочеточника.

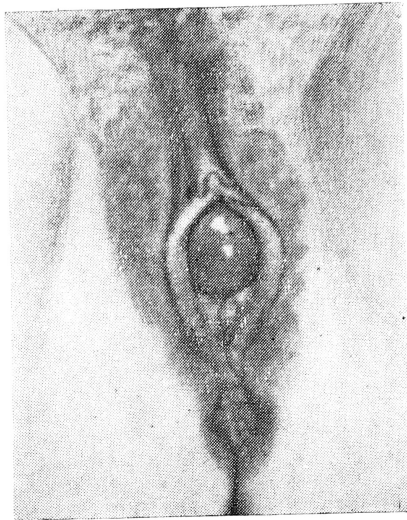


Рис. 1.

Поступила 7 сентября 1959 г.