

способа лечения. Хирургическое лечение является, повидимому, наиболее эффективным, но должно проводиться весьма осторожно и при определенных показаниях. Эти последние сводятся к тому, что только чрезвычайное затруднение дыхания и глотания, нарушающие работоспособность больного, могут заставить врача взяться за нож, причем, возможно только частичное удаление опухоли, так как полная экстирпация зоба может повести к развитию микседемы или тетании. Так, напр., в случае Зельдовича у больной после полного удаления язычного зоба наступила микседема, а в случае Диннермана и Аша—тетания. Последний автор указывает, что 90% больных, оперированных по поводу зоба основания языка, страдают в той или иной степени микседемой. Йорг и Лойер собрали из литературы 50 оперированных язычных зобов и констатировали следующее: в 9 сл.—полное излечение, в 5—наступил рецидив, в 1—смерть через 16 часов, в 6—послеоперационная микседема, в остальных—результаты неизвестны. Кюттнер и Крассинг, в целях профилактики тяжелых осложнений, упомянутых выше, рекомендуют пересаживать иссеченный зоб в другое место тела.

Из послеоперационных осложнений, помимо эндокринных расстройств, необходимо указать на кровотечение, вызывающее сильное ослабление организма больных.

Из Госпитальной хирургической клиники Омского медицинского института
(дир. проф. А. А. Ожерельев).

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ В ОПЕРАЦИОННОМ РУБЦЕ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККОТОМИИ.

В. В. Шкляев.

Проблема патогенеза клиники и терапии эхинококковых заболеваний представляет чрезвычайно актуальный интерес. До сих пор в указанной области существует еще много неясных, неразрешенных вопросов. С этой точки зрения казуистический материал по эхинококковым заболеваниям представляет известный интерес. Надо полагать, что в этом отношении и приводимый нами случай, касающийся развития эхинококковой кисты в операционном рубце после эхинококкотомии, безусловно заслуживает внимания.

Больной Ш., 25 лет, рабочий, поступил в Омскую госпитальную хирургическую клинику 17.X 1935 года с жалобами на боли и опухоль в толще операционного рубца после дважды перенесенной операции по поводу эхинококка, первично развившегося в печени, а затем обсеменившего брюшную полость.

Весной 1927 года у больного впервые появилась припухлость в правом подреберье. Никаких болей и неприятных ощущений она не причиняла. Однако быстрый рост опухоли заставил больного обратиться к врачу, диагностировавшему эхинококк печени. Осенью 1927 года операция в гор. Петропавловске, повидимому, открытым способом. До 1930 года относительное здоровье. Весь этот период времени Ш. работал в качестве чернорабочего.

В конце 1930 года больной вновь обратился в Петропавловскую больницу

с жалобами на наличие узлов, прощупываемых им самим, в брюшной полости около пупка и ниже. Вторичная операция по поводу эхинококка, раз-
вившегося в брюшной полости. Снова относительное здоровье до 1934 года.

В конце 1934 года больной вновь обнаружил у себя появление узлов в брюшной полости: сначала в нижнем правом квадранте живота, затем в левом и, наконец, месяца 1½ тому назад, в области операционного рубца. Появлению опухоли и воспалительных явлений в области операционного рубца предшествовала травма, а именно—падение с высоты 1½—2 метров, причем удар пришелся непосредственно на брюшную стенку. Появились сильные боли в животе, общее недомогание, а через некоторое время Ш. обнаружил у себя наличие значительной опухоли и воспалительных явлений на передней брюшной стенке в области операционного рубца. Больной был направлен в Омскую госпитальную хирургическую клинику с диагнозом «абсцесс передней брюшной стенки».

Объективные данные. Мужчина на вид несколько старше своего возраста, правильного телосложения, выше среднего роста. Видимые слизистые бледны. Кожа дрябловатая с желтушным оттенком. Подкожно жировой слой развит слабо. Со стороны скелета отклонений от нормы нет. Грудная клетка цилиндрической формы. Реберный угол острый. Легкие перкуторно и аускультативно в пределах нормы. Сердце без особенностей. Пульс ритмичный, хорошего наполнения, температура нормальная. На передней брюшной стенке выше пупка Т-образный рубец—след двух операций. В центре его, в месте пересечения вертикальной и горизонтальной линии—разрыв. Края рубца значительно разошлись и из образовавшегося, таким образом, раневого углубления свисают в виде виноградной грозди три эхинококковых пузырька величиною с волошский орех каждый. Окружающие ткани в указанном месте воспалены. Края и дно раневой поверхности покрыты скудными серозно-гнойными выделениями. Сообщения с брюшной полостью нет.

Кроме того, при осмотре живота отмечаются видимые на глаз округлой формы возвышения точно ниже пупка. Пальпация живота почти безболезненна. В указанной выше области рука ясно прощупывает ряд опухолей, величиною с кулак взрослого человека, располагающиеся в брюшной полости. Опухоли малоподвижные, эластичны, шарообразной формы. Флюктуации опухоли не дают. Реакция Капони резко положительная. Эозинофилия 20%.

Возникает вопрос, как объяснить механизм развития эхинококкового пузыря в толще операционного рубца и его прорыв наружу? Надо полагать, что в нашем случае имело место обсеменение сначала брюшной полости, а затем и области операционного рубца после произведенных больному эхинококкотомий в 1927 и 30 годах. Травма же способствовала развитию воспалительного процесса в операционном рубце и прорыву эхинококковой кисты наружу.

В доступной нам литературе мы нашли только один случай развития эхинококкового пузыря в операционном рубце, описанный профессором Мельниковым в его статье «К хирургии эхинококка», «Советская хирургия» № 10, 1935. В нашем случае мы имеем не только развитие эхинококкового пузыря в операционном рубце, но и прорыв этого пузыря наружу. После выпадения пузыря полость в операционном рубце через месяц закрылась вторичным натяжением.