

Внутренние органы: сердце—тоны чисты, границы перкуторно; левая—на один см кнутри от левой сосковой линии, правая на правой грудной линии. Легкие—дыхание везикулярное, слегка жестковато, перкуторный звук ясный. Подвижность краев легких удовлетворительная. Со стороны других внутренних органов отклонений от норм не обнаружено.

Кровь: Hb—71%, эритроцитов—3920000, лейкоцитов—4600. Лейкоцитарная формула: эозинофилов 5%, палочко-ядерных 5%, сегментированных 53%, лимфоцитов 27,5%, моноцитов 9,5%. РОЭ по Панченкову 5 мм в час.

Исследование кала на глисты дало отрицательный результат.

Моча соломенно-желтого цвета, мутновата, реакция кислая, уд. вес 1015, едва заметные следы белка. Единичные кристаллы мочевой кислоты.

В данном случае мне не удалось установить явной причины возникновения хореи Синденгама у больной: нет отягощенной наследственности, ребенок почти ничем не болел за всю свою жизнь, особой „нервности“ мать за ребенком также не отмечает.

Однако как же объяснить возникновение двигательных нарушений после предохранительных прививок в 1935 г.? Это явление можно трактовать только как нераспознанную, мягко протекающую хорею.

Возникает предположение, что хорея Синденгама возникла в связи с противодифтерийной прививкой.

Повидимому здесь имеют место особенности организма. Иначе как объяснить, что сотни привитых детей не заболевают хореей.

---

Из хирургического отделения Беловской больницы Кузбасса (зав. отделением Б. У. Каменорович).

## Случай эхинококка левой почки.

Б. У. Каменорович.

Локализация эхинококка в почке составляет сравнительно редкое явление. До последнего времени большинство авторов ограничивается единичными наблюдениями. Статистические данные в процентном отношении по различным авторам не одинаковы. Так, например, по Алексискому эхинококк встречается в почке в 5,43% случаев, по Боголюбову—в 4,5%, по Соловьеву—в 4,2% и по Мраморнову—в 1,3%.

В монографии проф. Керопяна приводится 84 случая эхинококка почки в России за 46 лет. Проф. Федоров среди своего огромного почечного материала не имеет ни одного, по крайней мере опубликованного, случая эхинококка почки. В последнее время описаны 5 таких случаев (Соловьев, Фалин). Приводим случай эхинококка почки, наблюдавшийся в Беловской больнице.

Женщина, 25 лет, домохозяйка, жалуется на опухоль левого подреберья; впервые заметила опухоль три года назад, величиной с кулак взрослого человека; за исключением периодических, весьма незначительных болей, опухоль не причиняла ей никаких беспокойств. Постепенно она увеличивалась и заняла в последнее время большую часть левой подреберной области, появилась безболезненное чувство тяжести и полноты, общее состояние не нарушалось, за исключением незначительного ухудшения в последнее время. С 1935 года страдает малярией (установлено лабораторным исследованием).

Объективно: больная правильного телосложения, несколько ослабленного питания, слизистые и кожные покровы бледноваты. Сердце и легкие отклоненный от нормы не представляют. В области левого подреберья отмечается опухоль, выпячивающая брюшную стенку, слабоподвижная, хорошо контурированная и эластично-упругой консистенции. При перкуссии тупость определяется во всем верхнем квадранте, правая граница опухоли не заходит за среднюю линию, верх опухоли исчезает в подреберье, нижняя ее граница определяется на уровне пупка. Моча при исследовании в норм. Кровь: гемоглобин 58% лейкоцитов 6320, эритроцитов — 3700000. Формула: сегм.—45%, лимф.—40%, мон.—8%, эозиноф.—7%. Реакция Касони резко положительная. Диагноз неопределенный, отсутствие тимпанита над опухолью, анатомическое ее расположение, хроническая малярия, склоняла больше в пользу эхинококка селезенки.

Операция 8.II 1937 г. (Каменорович) под общим эфирным наркозом. Разрез вдоль края реберной дуги, вскрыта брюшная полость. Обнаружено: селезенка никаких отклонений от нормы не представляет, она сдвинута к позвоночному углу и диафрагме. Опухоль величиной с голову взрослого человека, долихоцефалической формы, покрыта париетальной брюшиной, нисходящая часть толстой кишки и брыжжейка распластаны по опухоли и тесно с ней спаяны, сосуды брыжжейки сильно разветвлены, представляются расширенными, нижняя граница опухоли уходит вглубь брюшной полости и определяется на уровне гребешка подвздошной кости, правая граница заходит за среднюю линию.

Правая почка без изменений. Попытка отделить нисходящую кишку не удалась, с наружной стороны опухоли вскрыта разрезом париетальная брюшина, прокол троакаром дал прозрачную жидкость, жидкость удалена, отверстие в пузыре расширено, из него извлечена хитиновая оболочка, полость протерта спиртом и снова закрыта. Пристудлено к выделению фиброзного мешка. Фиброзный мешок интимно спаян с кишкой, он с трудом отсепарован, выделение его от позвоночника представило значительные трудности. На передне-внутренней поверхности мешка обнаружен мочеочник, прижатый опухолью, он настолько истончен и расянут, что всякая возможность его функции исключалась, он перевязан и отсечен. Почечной паренхимы почти нет, она расплющена в фиброзной капсуле и постепенно в ней исчезает, небольшой остаток сохранившейся почки отдален к полюсу мешка, удалить его не представилось возможным из-за сплек с окружающими тканями и нижней полой веной, он удален в доступной части.

Таким образом мешок был удален почти весь, за исключением небольшого тонкого участка капсулы, интимно спаянного с кишкой и брыжжейкой, чтобы не нарушить питания стенки кишки он был оставлен и сшит внутренними поверхностями. Значительная раневая поверхность перитонизирована сохранявшимся листком брюшины.

Рана зашита с тампоном, который удален через сутки. Заживление и послеоперационное течение совершенно гладкое.

Насколько трудна дифференциальная диагностика и возможна частота ошибок видно из проанализированных мною 56 историй болезней с эхинококком почки.

Диагноз до операции

Место установленного диагноза	Гидронефроз	Блауждающая почка	Эхинококк печени	Неопределен.	Эхинококк селезенки	Пионефроз	Холод. абсцесс	Гнойный плеврит	Киста яичника	Опухоль почки	Камень почки	Непроходимость кишечника	Спленометалия	Опухоль селезенки	Итого
Клиники	—	—	—	9	2	—	—	1	—	1	1	—	—	1	15
Больницы	2	1	3	1	1	1	1	—	1	1	2	1	1	1	18

Всего 33

Только в 42% случаев диагноз был поставлен до операции правильно. Среди этих 56 сл. три случая вызывают сомнение в правильности первоначального диагноза. В четырех других случаях диагноз мог быть поставлен без всякого затруднения, благодаря отхождению эхинококковых пузырей с мочей и нарастающей опухоли почки.

Касаясь вопроса оперативного подхода, необходимо отметить существующее категорическое утверждение, что поясничный разрез является единственно правильным путем, и всякая лапаротомия оправдывается только диагностической ошибкой (Фалин).

Наш случай внутрибрюшного удаления эхинококка заслуживает, мне кажется, внимания с точки зрения радикального лечения.

Способность к самостоятельной жизни и к герминативной функции элементов паразита, остающихся в капсуле, не подлежит теперь сомнению; следовательно, идеалом хирургического лечения должна считаться эхинококкоэктомия, т. е. удаление паразита вместе с фиброзной капсулой. Внебрюшная эхинококкоэктомия в подобном случае, как паш, неизбежно повела бы к вскрытию брюшины, и возможность ранения нисходящего отдела толстой кишки была бы почти неизбежна. Безопасной здесь была бы только эхинококкотомия, следовательно держаться строго единообразного метода не следует, он должен варьировать в зависимости от случая. При поясничной эхинококкоэктомии необходимо всегда иметь в виду возможность больших сращений капсулы с брыжейкой и стенкой кишки.