

На 32-й день заболевания на рентгенограммах правого бедра выявлен обширный остеомиелигический процесс, достигающий до средней трети бедра; множественные мелкие очаги деструкции головки и шейки бедра.

На рентгенограмме от 17/III 1966 г. виден большой центральный секвестр на протяжении 10 см на границе верхней и нижней трети правого бедра, полное расплавление головки бедра, расширение вертлужной впадины.

7/IV произведена некрэктомия верхней трети правого бедра. Свободная от секвестра полость закрыта мышцей на ножке.

После операции состояние больного стало постепенно улучшаться, температура нормализовалась, аппетит улучшился, больной стал поправляться.

В итоге длительного комплексного лечения у больного удалось сохранить конечность с анкилозом тазобедренного сустава. Правая нога укорочена на 3 см, атрофия мышц бедра на 4 см. Движения в тазобедренном суставе отсутствуют. Больной ходит, слегка прихрамывая.

УДК 616.411—089.87

### З. В. Ильясова (Казань). Спленэктомия при болезни Верльгофа

В вопросе о показаниях к спленэктомии нужно руководствоваться принципом неотложности этой операции во всех случаях тромбоцитопенических кровотечений, угрожающих жизни больного. Все консервативные методы остановки кровотечения при этом оказываются безрезультатными. Спленэктомия в таких случаях является одним из наиболее мощных средств в системе кровоостанавливающих мероприятий.

Из терапевтического отделения 6-й городской клинической больницы в 1967—1968 гг. переведены в хирургическое отделение для спленэктомии 2 больных в острой стадии болезни Верльгофа.

1. А., 16 лет, поступила в терапевтическое отделение 25/I 1968 г. по поводу профузного маточного и носового кровотечения. Состояние больной тяжелое, положение пассивное. Головокружение, сонливость, шум в ушах, зевота. Резкая бледность кожных покровов и слизистых. Кровоизлияния на слизистых полости рта. Пульс 120, АД 110/60. Систолический шум на всех точках сердца. Дыхание везикулярное. Печень, селезенка не увеличены. Резко выражен симптом шипка. Длительность кровотечения — 9 мин. 15 сек. Ретракция сгустка — 0. Нб. 5%, Э. — 2 460 000, Л. — 9250, тромбоцитов 22 140, ретикулоцитов 6,5%. Сдвиг нейтрофилов до миелоцитов. Полихромазия, базофильные нормобласты единичны. Костный мозг грудины богат клеточными элементами миелоидного ряда и особенно эритроидного ростка. Соотношение Л:Э = 1:1. Отмечается реактивная гиперплазия эритробластического типа с повышенным эритропоезом. Мегакариотитарный аппарат сохранен. В зрелых мегакариоцитах отсутствует процесс образования пластинок. Реакция Кумбса отрицательная. Четырехкратное переливание крови, двукратное переливание тромбоцитарной массы и введение других гемостатических средств в сочетании с кортикостероидами (преднизолон 100 мг в день) оказались безрезультатными. Кровотечение продолжалось, состояние больной ухудшалось. Нб. 4%, Э. — 1 890 000, тромбоцитов 11 340 (ниже критической цифры).

Под прикрытием переливания крови, кортикостероидов и интубационного обезбоживания с применением релаксантов у больной удалена селезенка. К концу операции кровотечение прекратилось.

Через час после удаления селезенки произведено контрольное исследование костного мозга грудины. Отмечено оживление пластинообразовательной функции мегакариоцитов. Уже на операционном столе увеличилось число тромбоцитов с 11 340 до 43 320. Через 48 часов тромбоцитов 157 940. Максимальный подъем тромбоцитов — на 9-й день после операции (661 440). А., выписана в хорошем состоянии.

Через месяц после операции состояние хорошее, кровотечения нет, тромбоцитов 364 000.

2. Ю., 63 лет, с 1955 г. страдает тромбоцитопенической пурпурой, которая проявлялась кожными геморрагиями, носовыми, кишечными кровотечениями. Проводилось комплексное лечение гемостатическими средствами, переливаниями крови, кортикостероидами (преднизолон 30—50 мг). Кровотечение удавалось купировать на какое-то время, затем снова все повторялось.

Учитывая частые рецидивы кровотечений с укорочением сроков ремиссий, малую эффективность лечения гормонами, в январе 1967 г. в фазе острого кишечного кровотечения удалена селезенка под прикрытием кортикостероидов. Кровотечения прекратились.

Состояние Ю. хорошее. Он активен, трудоспособен.

УДК 616.61—006

### М. М. Кайзерман и Н. В. Билюкин (Казань). Аденокарцинома правой почки, симулировавшая эхинококковую кисту

С., 20 лет, поступил в инфекционное отделение 1/X 1966 г. Заболел остро, температура повысилась до 39°.

Состояние больного средней тяжести; кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пульс 100, удовлетворительного наполнения. АД 110/65. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые. Живот мягкий, безболезненный.

Э.—4 470 000, Л.—7200, п.—2%, с.—62%, л.—30%, м.—6%, РОЭ—47 мм/час. Моча: уд. вес 1010, белок—следы, лейкоциты—2—4, эритроциты—сплошь в поле зрения.

Предварительный диагноз: грипп.

С 3/X температура нормализовалась. В последующие дни у больного появились тупые боли в поясничной области справа. Общее состояние не улучшилось. РОЭ оставалась высокой, микрогематурия не прекращалась. На 15-й день заболевания стал пальпироваться плотный, слегка бугристый умеренно болезненный край печени и нижний полюс правой почки.

На обзорном снимке почек выявлена кольцевидная тень диаметром до 10 см, толщиной 2 мм, располагающаяся между 10—12-м ребрами. Возникла необходимость в дифференциальной диагностике между опухолью и эхинококком правой почки и печени.

При хромоцистоскопии индигокармин из правой почки не выделяется. На внутривенных урограммах констатируется полное отсутствие выделительной функции правой почки. В левой почке патологических изменений не найдено.

Для уточнения локализации кольцевидной тени и состояния правой почки произведена ретроградная уретеропиелогрфия с пресакральным пневмоперитонеумом. На рентгенограммах выявлен большой дефект в области лоханки с изъеденными контурами, удлинение шейки нижней чашечки, смещение лоханки и мочеточника влево. Затекание контраста в кольцевидной тени не обнаружено. Линия псоуса не определяется. Имеется гомогенное затемнение за счет новообразования, нижний контур которого проецируется на уровне 4-го поясничного позвонка.

Диагноз: опухоль правой почки.

6/XII под интубационным обезболиванием произведена нефрэктомия. Установлено наличие метастазов в печени. Почка размерами 25×17×10 см, бугристая, хрящевидной консистенции. На разрезе полостная система почки инфильтрирована и замещена коричневатой опухолевой тканью. Верхний полюс почки по периферии обызвествлен, в центре его—распад.

Гистологически установлена папиллярная аденокарцинома. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

УДК 616—007

#### **В. А. Баскаков и Б. И. Зак (Казань). Левосторонний аппендицит при обратном расположении внутренних органов**

Левосторонний аппендицит—чрезвычайно редкая патология в ургентной хирургии. Он встречается при дистопии толстого кишечника и при обратном полном расположении внутренних органов. На 4019 аппендэктомий, произведенных с 1964 по 1967 г. в отделении неотложной хирургии 12-й гор. больницы г. Казани, левосторонний аппендицит встретился лишь однажды. Приводим наше наблюдение.

Н., 51 года, поступила в отделение неотложной хирургии 1/VII 1967 г. в 13 час. 30 мин. с диагнозом «острый аппендицит?». Считает себя больной с 29/VI, когда внезапно появились ноющие боли по всему животу, которые постепенно усиливались, и тошнота.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Пульс 78, хорошего наполнения и напряжения, температура 37°, АД 140/85. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, прослушиваются справа. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, несколько болезненный в левой подвздошной области. Симптомы Щеткина, Раздольского отрицательны.

Из анамнеза выяснилось, что у больной при обследовании в 1960 г. была обнаружена декстракардия. Через сутки с момента поступления появилось мышечное напряжение передней брюшной стенки слева и слабо выраженный симптом Щеткина.

2/VII произведена аппендэктомия под местной анестезией. Брюшная полость вскрыта в левой подвздошной области. В рану предлежит слепая кишка с медиально расположенным деструктивным червеобразным отростком. На 9-е сутки после аппендэктомии Н. выписана в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.366—003.7—616.366—006

#### **А. Н. Рябов (Бавлы). Сочетание рака желчного пузыря с желчекаменной болезнью**

Ш., 65 лет, поступила в хирургическое отделение Бавлинской центральной больницы 30/IX 1967 г. с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, похудание, наличие прощупываемой опухоли в верхней части живота. Считает себя больной с 1966 г.

Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, АД 140/90, пульс 72. Живот мягкий, безболезненный. Справа в подреберье определяется опухоль продолговатой формы, плотная, подвижная, величиной с кулак взрослого человека,