

Состоиние 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.

Мечка: уд. вес 1010, белок — следы, лейкоциты — 2—4, эритроциты — сплошь в поле зрения.

Предварительный диагноз: грипп.

С 3/Х 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 уrogramмах констатировано полное отсутствие выделительной функции правой почки. В левой почке патологических изменений не найдено.

Для уточнения локализации кольцевидной тени и состояния правой почки произведена рентгенодиагностическая уретеропиелография с пресакральным пневмоперитонеумом. На рентгенограммах выявлен большой дефект в области лоханки с изъеденными контурами, удлинение шейки нижней чащечки, смещение лоханки и мочеточника влево. Затекание контраста в кольцевидной тени не обнаружено. Линия псоса 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. Басаков 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 положении 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 дексгракардия. 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, налияе 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,