

Мы прооперировали таким образом 28 мужчин и 37 женщин. Грыжи образовались после верхней срединной лапаротомии у 22 больных, нижней срединной — у 14, аппендэктомии — у 25, холецистэктомии — у 4. Размеры грыжевых дефектов колебались от 12×6 до 25×18 см. Ближайший послеоперационный период протекал без особых осложнений. В отдаленные сроки от 6 месяцев до 5 лет рецидивов нет.

УДК 616.61—007

В. Е. Кузьмина (Москва). Подковообразная почка, симулирующая опухоль брюшной полости

И., 40 лет, поступил 7/V 1968 г. по поводу опухоли брюшной полости.

Жалуется на боли в животе постоянного характера, временами усиливающиеся. Больным себя считает 10 лет, когда впервые возникли боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи. Постепенно боли распространились по всему животу, выше и ниже пупка, в поясничной области справа и слева, усиливались при движении, физическом напряжении, тугом затягивании ремня. Затем появилась тошнота, отрыжка пищей, рвота, запоры. Многократно подвергался обследованию в стационарах.

В 1965 г. у него в эпигастральной области обнаружено плотное образование. Заподозрена опухоль желудка. При рентгенологическом обследовании рак желудка был исключен.

Больной бледен, подкожножировой слой слабо развит. Легкие без особенностей. Границы сердца не изменены, тоны усилены, на верхушке неясный систолический шум. Пульс 74. АД 105/70. Брюшная стенка мягка, податлива. Печень не прощупывается. Выше пупка в эпигастрии определяется поперечно расположенное плотное образование. Общий анализ мочи и крови не выявил отклонений от нормы. Диастаза мочи и крови в пределах нормы.

На обзорном рентгеновском снимке виден полукруглый контур плотного тела на уровне 4-го поясничного позвонка. При пневморетроперитонеуме отчетливо определяется подковообразная форма этого тела, верхние края которого справа достигают 12-го ребра. Продольная ось почек образует тупой угол, открытый вверх. В вертикальном положении нижний контур подковообразного тела проецируется на подвздошные кости.

При внутривенной урографии видны удлинненные, несколько расширенные бокалы, направленные в медиальную и латеральную стороны (соответствуют справа 2—3-му поясничным позвонкам, слева 1—3-му позвонкам). Нижние чашечки правой и левой почек расположены друг от друга ближе, чем верхние. Мочеточники отходят от латерального края. В боковом положении виден перегиб мочеточника через перешеек.

Все эти изменения характерны для подковообразной почки, которая представляет собою симметричное сращение двух дистопированных почек. В 90% почки срастаются нижними полюсами, как наблюдалось и у нашего больного.

Интерес данного наблюдения заключается в том, что выраженные субъективные симптомы (разнообразие жалоб и локализации болей) не соответствуют объективным данным.

При пальпируемом плотном образовании в эпигастральной области получены негативные рентгенологические показатели со стороны желудочно-кишечного тракта. При таком несоответствии субъективных и объективных симптомов следует помнить о возможности аномалии почек, в частности о подковообразной почке. Подковообразная почка, по данным общих хирургических стационаров, является редким заболеванием. В урологических стационарах одна подковообразная почка приходится на 125 заболеваний почек. По материалам патологоанатомов одна подковообразная почка встречается на 700 аутопсий.

Оперативное вмешательство при нормально функционирующей подковообразной почке проводится редко, показания к операции ставятся только при выраженном болевом синдроме. Операция заключается или в пересечении перешейка, или в нефропексии (при патологической подвижности).

В данном случае вопрос об оперативном вмешательстве может возникнуть только при нарастании болевых симптомов и нарушении трудоспособности.

УДК 616.513—616.523—616.8

Л. П. Болдырев (Астрахань). Патология нервной системы при опоясывающем лишае

Нами неврологически обследованы 91 мужчина и 144 женщины, больные опоясывающим лишаем. 123 из них лечились амбулаторно, 112 — стационарно. Заболевание отмечалось у лиц всех возрастов (от 3 до 90 лет), но большинство больных было старше 50 лет. Зимой заболело 78 чел., осенью — 72, весной — 56, летом — 29.

У 11,6% больных заболевание предшествовало охлаждение, у 6,4% — «грипп». У отдельных больных опоясывающий лишай возник при тяжелых заболеваниях: хроническом миелоидном лейкозе (у 1), метастазе рака в позвоночник (у 2), полипозе желудка (у 1), мышьяковом полиневрите (у 1), хроническом холецистите (у 2). Деформирующий спондилез, остеохондроз были отмечены у 13,6% больных.

Опоясывающий лишай является сравнительно распространенным и полисезонным заболеванием.

Клиническая картина поражений нервной системы при опоясывающем лишае полиморфна. Типичным является при нем развитие ганглионитов, ганглиорадикулоневритов, но могут быть и менингиты, менинго-энцефалиты, ганглиорадикулоневриты с парезами конечностей и брюшных стенок, полирадикулоневриты, невриты черепно-мозговых нервов (лицевого, глазодвигательного, отводящего, слухового, зрительного и др.).

Менингит при опоясывающем лишае характеризуется преобладанием лимфоцитарного плеоцитоза, иногда с повышением белка, длительностью течения (свыше месяца) при слабо выраженных общемозговых симптомах и даже отсутствии менингеального синдрома — ригидности затылочных мышц и с. Кернига («немой» менингит).

При опоясывающем лишае поражаются и периферические отделы вегетативной нервной системы, что подтверждается клиническими проявлениями заболевания, секреторными, сосудистыми и трофическими изменениями.

Более стойкий эффект при лечении больных опоясывающим лишаем достигается применением дезоксирибонуклеазы (ДНКазы) в период герпетических высыпаний.

Прогноз при опоясывающем лишае не всегда благоприятный. Возможны остаточные явления в виде чувствительных и двигательных нарушений.

УДК 615.32

М. А. Резников (Калуга). Опыт использования некоторых растительных лекарственных средств в условиях поликлиники

Лица, страдающие функциональными расстройствами нервной системы с сердечно-сосудистыми нарушениями, составляют значительную часть амбулаторных терапевтических больных. Лечение их в поликлинических условиях требует длительного применения индивидуально подобранных медикаментов, нормализующих деятельность нервной системы, благоприятно действующих на сердечную мышцу и улучшающих кровообращение. Таким сочетанным, седативным, кардиотоническим действием и свойством уменьшать возбудимость сердечной мышцы обладают препараты горичвета, ландыша, валерианы, пустырника и боярышника.

Мы назначали сочетание названных лекарств в поликлинических условиях при лечении больных с нейrocиркуляторной дистонией по гипертоническому или кардиальному типу, функциональными нарушениями климактерического периода, гипертонической болезнью IБ — IА стадий, а также атеросклеротическим кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения I степени. Прописывали смеси равных частей настоев валерианы (или пустырника), ландыша и боярышника по 30—40 капель 3 раза в день (до и после работы и перед сном). При наличии небольшой недостаточности кровообращения указанные средства добавлялись к настою горичвета из 10—12 г на 200 мл; микстуру больные принимали по одной столовой ложке в то же время суток, что и капли.

Как правило, лечение продолжалось 2—3 недели с контролем каждые 7—10 дней. В это время больные других медикаментов не принимали, продолжали вести привычный образ жизни. Обычно через 10—15 дней состояние лечившихся заметно улучшалось: значительно снижалось ранее повышенное АД, исчезала вечерняя отеочность голеней и одышка, нормализовался сон, проходили сердцебиения и «приливы» по ночам.

В дальнейшем для закрепления полученного эффекта мы переходили на поддерживающее лечение. Для этого уменьшали прием лекарств до двух (утром и перед сном) или одного (перед сном) раза. Контрольные наблюдения при этом производили каждые 2—3 недели. Осмотры больных и собеседования с ними выявляли продолжающуюся результативность терапии. Доза лекарств корригируется в зависимости от состояния больного.

В последующем часть больных уже по своей инициативе при ухудшении самочувствия возобновляла прием ранее выписанных лекарств в наиболее целесообразной дозировке. При этом больные указывают на неизменно хороший лечебный эффект.

Наш опыт позволяет рекомендовать указанные выше прописи и способы их применения для широкого использования в амбулаторной практике.

УДК 616—002.77—612.015.348

М. С. Архангельская и С. Г. Денисова (Саратов). Выделение глюкуроновой кислоты с мочой при ревматизме

Поскольку при ревматизме нарушается обмен кислых мукополисахаридов, представляется целесообразным изучение выделения глюкуроновой кислоты с мочой при этом заболевании.

В последнее время за рубежом получил распространение способ определения глюкуроновой кислоты при помощи карбазола. Этот метод считается наиболее точным и простым (И. А. Аксамитная и В. В. Татарский).

Выделение глюкуроновой кислоты с мочой нами изучено у 60 больных активным ревматизмом (26 мужчин и 34 женщины в возрасте от 17 до 58 лет) и для контроля — у 55 практически здоровых лиц (возраст — от 17 до 35 лет).