

вого глаза. Одновременно больной отметил возникновение частых перебоев, а также болевые ощущения в сердце. При осмотре найдены тахикардия, выраженная экстрасистолия. Через несколько дней экстрасистолия исчезла, болевые ощущения в сердце не беспокоили.

7/XII в порядке контроля снята ЭКГ, на которой можно было установить острое нарушение кровообращения миокарда в передней и боковой стенках левого желудочка. Больной был госпитализирован, впоследствии у него ЭКГ-динамика была положительной.

2. У С., 68 лет, появление герпетических высыпаний по ходу межреберных нервов слева сопровождалось возникновением выраженной экстрасистолии на фоне частого, лабильного пульса и болевыми ощущениями в сердце и левой лопатке, а также ЭКГ-изменениями по типу острой коронарной недостаточности в сочетании с экстрасистолией.

Это дает право говорить о возможности поражения миокарда при заболевании опоясывающим лишаем. Клиническими признаками подобного поражения являются тахикардия и экстрасистолия, в меньшей степени — болевые ощущения в сердце.

3. У Э., 69 лет, в анамнезе инфаркт миокарда. В декабре 1964 г. появились резкие боли в сердце и левой половине грудной клетки. Боли не купировались нитроглицерином, несколько уменьшались после инъекции наркотиков. Высказано предположение о возможности повторного инфаркта миокарда. ЭКГ — без динамики. Температура в правой подмышечной впадине — $36,5^{\circ}$, слева — $38,5^{\circ}$. На 4-й день заболевания на коже левой половины грудной клетки появились отдельные герпетические высыпания, впоследствии ставшие обильными. При повторном ЭКГ-исследовании признаков острой коронарной недостаточности не было.

УДК 616. 833—002—031. 63—612. 14

Н. Д. Двойников и Е. П. Зайцев (Горький). Применение реографии для исследования периферических сосудов при пояснично-крестцовых радикулитах

Из 30 больных в возрасте от 29 до 64 лет у 13 болевой синдром преобладал справа, у 17 — слева. У 22 больных обнаружены определенные изменения на реограммах и осциллограммах нижних конечностей. Эти изменения оказались наиболее выраженными на стороне болевого синдрома. У 20 больных было установлено снижение осцилляторного индекса, уменьшение амплитуды реографической волны и сглаженность дополнительных волн на реограмме. Лишь у 2 больных нами были выявлены большое количество дополнительных волн на реограмме больной стороны и снижение АД на осциллограмме.

Данные реографии у большинства больных соответствовали осциллографическим показателям. Такой параллелизм вполне согласуется с представлениями, что изменения сосудистого тонуса при пояснично-крестцовых радикулитах имеют вторичный характер и обусловлены состоянием вегетативной иннервации сосудистой стенки.

У всех больных с резким болевым синдромом изменения на реограммах и осциллограммах оказались наиболее выраженными: у них обнаруживались явные признаки повышения сосудистого тонуса на стороне болевого синдрома и уменьшение кровенаполнения сосудов больной конечности.

У 8 больных при умеренно выраженном болевом синдроме были обнаружены те же явления, но в меньшей степени. У 2 больных этой группы были изменения по типу снижения сосудистого тонуса, что давало основание говорить о преобладании парасимпатических влияний.

У 7 больных со слабо выраженным болевым синдромом изменений на реограммах и осциллограммах не было выявлено.

Реография приобретает значение в установлении степени вегетативно-сосудистых нарушений при пояснично-крестцовых радикулитах. Этот метод, так же как и осциллография, может в известной степени служить объективным показателем выраженности болевого синдрома, обусловленного заболеванием пояснично-крестцового отдела периферической нервной системы. Реография технически проста и не вызывает дополнительных болевых ощущений во время исследования.

УДК 616. 982. 15

Г. П. Тарасов (Саратов). Актиномикоз редкой локализации

1. М., 54 лет, поступил 9/IX 1963 г. с диагнозом «парапроктит». Жаловался на боль около заднего прохода, припухлость и свищ с гнойно-геморрагическим отделяемым. Больной самостоятельно передвигаться не может из-за болей в промежности. Заболел 2 месяца назад, когда без видимой причины стал отмечать боль и покраснение кожи промежности, где в дальнейшем образовался свищ. Проводимая терапия положительного эффекта не оказала.

Вокруг анального отверстия — плотный болезненный темно-багровый инфильтрат 12×10 см, распространяющийся на ягодицы и корень мошонки. В нескольких участках

инфильтрата — флюктуация, а на левой ягодице — свищевое отверстие 2×1 см с умеренным гнойно-геморрагическим отделяемым. При исследовании отделяемого найдены дружки лучистого грибка и высеян гемолитический стафилококк.

За 88 дней больной получил парентерально 79 200 000 ед. пенициллина, 44,0 стрептомицина, внутрь 204,0 сульфодимезина, 130,0 фтивазида, 25,2 биомиицина. Проведен курс глубокой рентгенотерапии (750 р). Пятикратно производилась трансфузия крови по 250 мл. В результате инфильтрат в промежности рассосался, свищ закрылся, больной смог свободно передвигаться, прибавил в весе 2 кг. Рекомендовано через месяц повторить курс лечения.

2. М., 35 лет, поступил впервые 15/XII 1959 г. с диагнозом «состояние после операции по поводу абсцесса печени, гнойный свищ в правом подреберье». В марте 1959 г. был вскрыт абсцесс правой доли печени, из полости абсцесса удалено 3 л гноя. Выписался со свищем в правом подреберье. С 15/XII 1959 г. по 18/IV 1960 г. по поводу гнойного свища в правом подреберье находился на лечении в нашей клинике. 29/XI 1960 г. произведена ревизия свища, контрапертура в IX межреберье и тампонада обширной остаточной гнойной полости правой доли печени. При гистологическом исследовании диагностирован актиномикоз.

Консервативная терапия — стрептомицин, ПАСК, сульфадимезин, пенициллин, витамины — дала положительный результат. Свищ закрылся почти полностью. В 1961 г. состояние больного ухудшилось, и он вновь поступил в нашу клинику. Через 24 дня выписался с улучшением. В 1962 г. больной в третий раз поступил в клинику. После проведенного лечения свищ в правом подреберье закрылся. В январе 1964 г. больной в четвертый раз поступил в клинику с гнойным свищем в IX межреберье по передне-аксиллярной линии, возникшим на месте вскрытого 6 мес. назад абсцесса. Проводилась комплексная терапия: пенициллин 22 500 000 ед., стрептомицин 12,5, биомиицин 10,0, сульфадимезин 200,0, четырехкратная гемотрансфузия по 250 мл, курс рентгенотерапии в 250 р, йодистый калий и хлористый кальций. Свищ полностью закрылся. Больной выписан на амбулаторное лечение.

УДК 616. 62—003. 7

М. М. Газымов (Ленингогорск). Выпадение мочеточника с камнем через наружное отверстие мочеиспускательного канала

Ж., 50 лет, доставлена в гинекологическое отделение 28/IX 1962 г. с диагнозом «опухоль матки», «полип уретры» (?). Жалуется на боли в правой половине живота, особенно при мочеиспускании, и кровянистые выделения из половых путей. Заболела 3 дня назад.

Последние 4 года лечилась у терапевтов по поводу заболевания почек, гипертонии.

При поступлении T^o $36,8^o$. Органы грудной клетки в норме. Живот мягкий, болезнен в правой подвздошной области. Симптом Пастернацкого справа положительный. Из уретры выпадает опухолеподобное образование величиной с грецкий орех, багрово-красного цвета, с кровянистым отделяемым по всей поверхности.

После обработки наружных половых органов в мочевой пузырь введен цистоскоп. Емкость пузыря 200 мл, устье левого мочеточника расположено нормально, сокращения ритмичные, устье правого не обнаружено. Справа по боковой стенке к уретре тянется тяж с синеватым оттенком. Предположено правостороннее уретероцеле с камнем, выходящее через уретру.

Выпавший через уретру правый мочеточник вскрыт, и из него удален камень 2×2 см, желто-бурого цвета, с шиповатой поверхностью. В мочеточник введен катетер на 20 см, по которому вытекает мутная моча желтоватого цвета, со слегка гнилостным запахом. Мочеточник промыт раствором фурациллина, катетер оставлен в мочеточнике для дальнейшего промывания.

30/IX катетер удален, мочеточник сократился и ушел в полость мочевого пузыря. В течение 6 дней моча была мутная, с красноватым оттенком. При цистоскопии выпавшая часть мочеточника справа лежала в пузыре в виде колбасообразного утолщения; часть его некротизировалась и выпала.

Анализ мочи, собранной через катетер после операции: реакция кислая, белок 2,6‰, эритроциты 10—15, лейкоциты сплошь в поле зрения.

9/X произведена экскреторная урография. Через 10 мин. после введения 40% раствора сергозина контраст хорошо заполнил лоханку и мочеточник слева, а справа — в виде отдельных пятен. Через 20 мин. справа контраст заполнил расширенные бокалы, лоханку и резко расширенный правый мочеточник.

20/X контрольная хромоцистоскопия: емкость пузыря — 200 мл, индигокармин слева выделяется на 5-й мин. Справа устье мочеточника в виде трубки вдается в полость пузыря с широким щелевидным отверстием, индигокармин выделяется менее быстро — на 10-й мин.

Больная выписана 2/XI 1962 г. в хорошем состоянии.

При осмотре в январе 1965 г. самочувствие удовлетворительное, отмечает временами ноющие боли в правой поясничной области. АД 140/85 мм.

На обзорной урограмме тени от конкрементов нет. Хромоцистоскопия: емкость пузыря — 200 мл, устье мочеточника слева без изменений, индиго выделяется интен-