

Через несколько дней больной заявил, что у него при сильных болях с мочой вышел камень и какие-то белые хлопья. При макро- и микроскопическом исследовании установлено, что вместе с камнем вышла хитиновая оболочка эхинококкового пузыря.

С диагнозом: эхинококкоз правой почки больной оперирован. Почка бугристая, увеличена в размерах, напряжена. В верхней трети мочеточника в его просвете видны кисты, которые при надавливании свободно перемещаются. Почка выделена и удалена вместе с мочеточником.

Послеоперационное течение гладкое. Пациент выписан в хорошем состоянии. АД 120/80 мм.

УДК 616—006.488—616—089

М. М. Газымов (Ленинград). Феохромоцитома больших размеров.

Ш., 53 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в левой поясничной области и наличии опухоли там же. Больная 5 лет назад упала на левый бок, были боли в пояснице слева, но она не лечилась. 3 года назад стала отмечать чувство тяжести в левом подреберье. Врачи предлагали операцию.

В 1940 г. ввиду непрекращающегося маточного кровотечения была произведена ампутация матки. С 1942 г. больная стала отмечать рост волос на подбородке, на груди. Телосложение нормальное, подкожный жировой слой развит умеренно. Рост 149 см, вес 48 кг. На верхушке сердца систолический шум, АД—200/110. Пульс 88, ритмичный. Область левого подреберья от средней линии и до уровня пупка занята гладкой малоподвижной безболезненной опухолью.

На ретроградной левосторонней цистограмме на фоне оксигеноретроперитонеума тень правой почки на уровне $L_1—L_3$, тень левой почки на уровне $L_3—S_2$ резко смещена влево и книзу, особенно ее верхний полюс. Над смещенной книзу почкой гомогенная тень.

2/III 1965 г. удалена опухоль левого надпочечника весом более 6 кг.

У больной в послеоперационном периоде длительное время был свищ в левой поясничной области, отделяемое которого имело запах мочи.

При осмотре в феврале 1966 г. состояние больной хорошее, она выполняет домашнюю работу. АД 160/70 мм, пульс 78.

УДК 616.6—615.7

А. Б. Черномордик (Киев). О применении нитрофурановых препаратов в урологии

В лечении больных с урологическими инфекциями большое практическое значение приобретают химиотерапевтические препараты нитрофурановой группы.

В СССР выпускаются фурадонин, фурацилин, фуразолидон, фуразолин и фурагин. При индивидуальном подборе соответствующего препарата необходимо учитывать значительные различия в их физико-химических и фармакологических свойствах, к сожалению, еще не достаточно известные широким кругам врачей. От большинства антибиотиков эти препараты выгодно отличаются малой токсичностью, высокой бактерицидной и лечебной активностью, очень широким спектром действия, активностью в отношении антибиотикоустойчивых возбудителей, стойкостью, дешевизной, сравнительно медленным развитием устойчивости у патогенных бактерий.

Все препараты имеют слегка горьковатый вкус и слабо растворимы в воде. Больным их назначают per os, ректально или местно. Выпускаются они обычно в форме таблеток, содержащих по 50, реже по 100 мг. Спектр действия всех нитрофуранов включает патогенные стафилококки, остальные виды кокков, грамотрицательные бактерии, в частности кишечные палочки и протеи, а также многие простейшие (трихомонады, лямблии и др.). Устойчивы к нитрофуранам синегнойные и туберкулезные палочки.

Из побочных явлений чаще всего отмечается потеря аппетита, тошнота, несколько реже рвота, жидкий стул, головные боли и головокружение; очень редко — сердцебиение, онемение конечностей, а также кожные сыпи и другие аллергические явления, иногда с повышением температуры. В единичных случаях наблюдаются полиневриты (при длительном применении в больших дозах, особенно при почечной недостаточности) и острая гемолитическая анемия.

Диспепсические явления легко обратимы и быстро проходят, иногда уже после назначения обильного питья или при уменьшении дозировки, а в более упорных случаях — после отмены препарата. Для их предупреждения нитрофураны следует принимать только после еды, запивая значительным количеством жидкости.

Приведем краткие сведения об отдельных нитрофурановых препаратах.

Фурадонин. Антимикробная активность значительно меньше, чем у фуразолидона, фуразолина или фурагина. Легко всасывается и очень быстро выделяется из крови с мочой. Для лечения септических инфекций непригоден; рекомендуется только в урологической практике. Прием — каждые 6 часов. За последнее время мы наблюдали появление устойчивых к фурадонину возбудителей, часто еще сохранявших чувствительность к другим, более активным нитрофуранам.

Противопоказанием к применению фурадонина является недостаточность деятельности обеих почек, так как может произойти накопление препарата в токсических концентрациях.

Дозировка: 4—5 раз в сутки по 0,1, детям из расчета 5 мг/кг в сутки (разделить на 4 приема). Курс лечения не более 10—15 дней. При увеличении количества остаточного азота в крови до 50 мг и выше рекомендуется уменьшить дозировку вдвое. Не следует применять фурадонин длительно, особенно месяцами, поскольку в таких случаях могут наблюдаться серьезные токсические явления, а также развитие устойчивости к нитрофуранам у возбудителя.

Фурацилин. Ввиду большей токсичности по сравнению с фуразолидоном и другими нитрофуранами и меньшего выделения с мочей в урологии применяется только при отсутствии других препаратов этой группы. Внутрь назначается взрослым по 0,1 4 раза в сутки, детям до 6 месяцев из расчета 4—6 мг/кг, а старше 6 месяцев — по 6—8 мг/кг в сутки. Курс лечения — 6—8 дней.

Фуразолидон. Слабо растворим в воде, но, в отличие от фурадонина, быстро создает в крови значительные и длительно сохраняющиеся концентрации, а затем проникает в различные внутренние органы и ткани. Может оказывать лечебное действие при воспалительных поражениях во внутренних органах и при септических инфекциях. Из крови быстро и в значительных концентрациях проникает в мочу, окрашивая ее в желтый цвет (максимальные концентрации в моче отмечаются уже через 2 часа). В 8—10 раз менее токсичен, чем фурадонин или фурацилин (а также левомицетин и биоминин), реже оказывает побочное действие и является весьма активным лечебным средством и в урологической практике.

Дозировка: взрослым 4 раза в сутки по 0,1, детям из расчета 8—10 мг/кг в сутки. Курс лечения — до 10 дней.

Фуразолин. Особенно рекомендуется при септических инфекциях, поскольку быстро появляется в крови и затем длительно и в значительных концентрациях в ней сохраняется. Так же быстро и в довольно большом количестве (хотя меньше, чем фурадонин, фуразолидон и фурагин) проникает в мочу. Весьма активен при многих урологических инфекциях, особенно стафилококковых. Значительно реже, чем фурадонин и фурацилин, вызывает побочные явления. По активности действия на патогенные стафилококки почти не уступает фуразолидону. Дозировка и курс лечения — как у последнего.

Фурагин (ранее назывался фуразином). Характеризуется высокой антимикробной активностью (по действию на стафилококки мало отличается от фуразолидона и фуразолина), являясь наименее токсичным из всех описываемых нами нитрофуранов, хорошо переносится больными. С мочой выделяется в значительных количествах, но появляется в ней медленнее, чем остальные препараты этой группы: максимальная концентрация отмечается только через 10—14 часов после приема. Однако выделение продолжается не менее суток; в небольших количествах обнаруживается в моче даже через 2 суток.

Учитывая эти особенности фурагина, можно рекомендовать комбинированный метод лечения: первый день его назначают вместе с фуразолидоном или фурадоном (в полных дозах), а на следующий день дают только один фурагин. Это обеспечивает быстрое создание в моче достаточных концентраций нитрофуранов, поддерживаемое затем сравнительно небольшими дозами фурагина.

Дозировка: взрослым по 0,1 4 раза в сутки, детям из расчета 5 мг/кг в сутки. Курс лечения — до 10 дней.

УДК 616.629—616—089

С. С. Курбанаева и Т. И. Аладышкина (Казань). К казуистике полного незаращения урахуса

Урахус представляет собой остаток протока между мезвевым пузырем эмбриона и внебрюшинной частью аллантоиса. К 5—6 месяцам внутриутробной жизни просвет облитерируется в тяж — пузырно-пупочную связку. В некоторых случаях облитерация протока не наступает. Незаращение урахуса может быть полным и частичным. Диагностика полного незаращения урахуса иногда не представляет трудностей — отмечается выделение мочи в пупочное кольцо. В качестве дополнительного метода исследования применяют фистулографию или введение индигокармина в мочевой пузырь. Значительно труднее распознать частичное незаращение урахуса. В этих случаях могут образоваться кисты, которые нередко нагнаиваются и имитируют острую патологию живота (чаще острый аппендицит), и больные могут быть подвергнуты ненужному оперативному вмешательству.

Редкость подобной аномалии побудила нас поделиться нашим наблюдением.

Ф., 14 лет, впервые поступила в сентябре 1962 г. с жалобами на боли в правой половине живота. Через 2 часа с момента поступления была подвергнута аппендэктомии. Удален «катарально» измененный отросток. Послеоперационное течение гладкое. Однако боли в животе, особенно в области пупка, не прекращались.

Повторно больная поступила 18/XII 1962 г. с диагнозом — незаращение урахуса. Продолжает жаловаться на ноющие боли постоянного характера в области пупка