

В. А. Панченко, Н. И. Фролов (Ульяновск).
Случай успешного лечения гнойного пиелонефрита у больной
(с кардиостимулятором)

Т., 48 лет, доставлена в экстренном порядке в урологическое отделение областной больницы 25/XI 1976 г. в 19 ч. Жалуется на боли в поясничной области слева, чувство жара, сухость во рту, общую слабость, сердцебиение, одышку, учащенное мочеиспускание. Заболела остро 25/XI 1976 г. в 6 ч. Состоит на диспансерном учете по поводу ревматизма; стеноза устья аорты и коронарных сосудов; смешанного миокардиосклероза; сложного нарушения ритма — блокады правой ножки пучка Гиса, переходящей в полную поперечную блокаду; оперированного сердца — имплантации кардиостимулятора с заданным ритмом 84 уд. в 1 мин., произведенной в апреле 1976 г. в клинике Куйбышевского медицинского института.

При поступлении состояние больной тяжелое. Выраженное беспокойство, лицо гиперемировано, лихорадочный блеск глаз, температура 39°. При аускультации тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке. Пульс 84 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 140/80 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезнен в области левого подреберья, пальпируется нижний полюс левой почки. Симптом поколачивания слева положительный.

На обзорной урограмме от 25/XI 1976 г. тень кардиостимулятора накладывается на проекцию левой почки (конкременты на урограмме, сделанной в марте 1976 г., не определяются). Экскреторная урограмма выявила резкое снижение функций левой почки. Лейкоцитоз — $11 \cdot 10^9$ в 1 л со сдвигом влево, СОЭ 41 мм/ч. Срочно проведена катетеризация левого мочеточника до лоханки. По катетеру струйно оттекает мутная моча. Боли в почке уменьшились. Начата противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия.

26/XI в 8 ч 10 мин на фоне активной противовоспалительной терапии и функционирующего катетера в почке у больной начался озноб. Срочная операция: пиелолитостомия, декапсуляция, биопсия; посев ткани почки на определение флоры. Во время операции, в послеоперационном периоде ритм кардиостимулятора не менялся. Послеоперационное течение гладкое. Гистологический диагноз: апостематозный нефрит. В посевах ткани почки обнаружен рост кишечной палочки.

Т. выписана на 10-е сут. Осмотрена через 9 мес, состояние хорошее. На обзорной и экскреторной урограммах теней конкрементов не выявляется, функция почек удовлетворительная.

Наше наблюдение подтверждает, что строгое следование тактике, предложенной VI Всероссийским съездом урологов при лечении больных с острым гнойным пиелонефритом, дает возможность провести органосохраняющую операцию у лиц с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями.

УДК 616.617—089

В. И. Петров (Нижекамск). Двусторонняя одномоментная уретероцистонеостомия

Одномомментная двусторонняя уретероцистонеостомия выполняется сравнительно редко. Приводим наше наблюдение.

Б., 47 лет, поступила в хирургическое отделение Нижекамской ЦРБ 9/IV 1976 г. с жалобами на тупые двусторонние боли в пояснице, временами усиливающиеся до приступообразных и сопровождающиеся ознобами, на частые позывы к мочеиспусканию, сухость во рту, жажду, слабость. В 1956 г. Б. подвергалась лучевой терапии по поводу опухоли матки. Много лет чувствует боли в пояснице. За помощью не обращалась.

Почки не пальпируются из-за тучности больной. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

Анализ мочи: белок — 1,65 г/сут, плотность — 1,006, лейкоциты — 3—4 в п. зр., эритроциты свежие — 10—12 в п. зр. Проба Зимницкого: 1,006—1,010. Диурез 0,945 л/сут.

Анализ крови: Нб 2 ммоль/л, л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 21 мм/ч. Остаточный азот — 28,6 ммоль/л. Проба Вельмана — 1—4-я пробы. Проба Квика — 94,6%. Общий белок — 63,4 г/л.

Хромоцистоскопия: цистоскоп прошел свободно. Емкость мочевого пузыря — 0,250 л. Слизистая верхней и боковых стенок без особенностей. В области дна и левого устья гиперемия, буллезный отек. Введенный индигокармин не выделился в течение 15 мин, дальнейшее исследование прекращено. Попытки ввести в устья самые тонкие мочеточниковые катетеры не удалась. На обзорном снимке мочевой системы контуры почек не видны, теней, подозрительных на конкремент, не найдено. На экскреторных урограммах определяется резкое нарушение функции обеих почек; выраженный уретерогидронефроз с обеих сторон; стриктуры обоих мочеточников в юкставазикальных отделах.

На основании данных обследования установлен диагноз: двусторонний уретеро-

гидронефроз вследствие стриктур обоих мочеточников в юкставезикальных отделах.

Большой предложена операция, получено согласие. 29/IV 1976 г. под эндотрахеальным наркозом разрезом по Кэйю обнажена стенка мочевого пузыря и мочеточники. Выше стриктур диаметр мочеточников достигает 2 см. Мочеточки пересечены над местом сужения. Сильной струей стала выделяться моча. Мочеточники хорошо сокращаются. Без натяжения оба мочеточника имплантированы в стенку мочевого пузыря по антирефлюксной методике Ледбеттера — Политано. Произведена интубация мочеточников хлорвиниловыми трубочками. Наложена надлобковый свищ с дренажем Мак-Уортера — Буяльсого.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. Надлобковый дренаж удален на 7-й, интубационные трубочки — на 14-й день. 14/V 1976 г. Б. выписана из стационара. Обследована через 8 мес. Жалоб не предъявляет. Состояние хорошее.

Анализ крови: Нб 2 ммоль/л, л. $7,4 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ 13 мм/ч. Остаточный азот — 16,1 ммоль/л, сахар крови — 0,92 г/л, белок — 74,2 г/л. Анализ мочи: плотность — 1,012. Л. — 2—3 в п. зр. Проба Зимницкого: плотность — 1,009—1,022, диурез 1,1 л/сут.

Данные экскреторной урографии: функция почек хорошая; чашечно-лоханочная система с обеих сторон без особенностей. Пиелэктазии нет. На микционной цистограмме рефлюксов не обнаруживается.

Данное наблюдение свидетельствует о том, что при низко расположенных на небольшом протяжении стриктурах мочеточника возможна одномоментная двусторонняя уретероцистостомия. Восстановление пассажа мочи привело к быстрому исчезновению уретерогидронефрозов, нормализации функции почек.

УДК 612.118.221.2:617.753.2

**Канд. мед. наук Л. Б. Тянина, канд. биол. наук В. П. Филиппова (Казань).
Влияние групповой принадлежности крови на клинический полиморфизм миопии**

Изучено распределение 215 лиц с глазной патологией в возрасте от 16 до 60 лет по группам крови АВО и резус. В качестве контрольной частоты антигенов определены группы крови АВО и резус у 100 практически здоровых лиц, а также использованы результаты популяционных исследований Б. Г. Садыкова и соавт. (1961). Сопоставительный анализ выявил существенное повышение частоты фенотипа А у пробандов с глазной патологией по сравнению с контрольной группой. Последующее сравнение частот факторов АВО у больных с отдельными формами глазной патологии показало, что увеличение частоты этого фенотипа произошло за счет группы больных с миопией ($O—25,46 \pm 5,04\%$; $A—51,82 \pm 5,76\%$; $B—16,36 \pm 3,52\%$; $AB—6,36 \pm 2,32\%$) и группы инвалидов по зрению в результате экзогенных факторов ($O—42,86 \pm 7,63\%$; $A—42,86 \pm 7,63\%$; $B—14,28 \pm 5,40\%$, $AB—0\%$). Выявленные различия статистически достоверны для группы лиц с миопией ($t = 4,93$) и приближаются к уровню статистической значимости в группе инвалидов по зрению вследствие экзогенных причин (травм, ожогов и т. п.). Это позволило предположить, что изучаемые группы отличаются и по другим признакам, по которым не проводилось сравнение. Для проверки этого предположения было проанализировано клиническое течение миопии (степень миопии, осложнения отслойкой сетчатки, хореоретинитом). По указанным признакам больные распределились следующим образом: неосложненная миопия — 73 наблюдения, осложненная миопия — 37. Результаты иммунологического обследования этих групп представлены в таблице.

Как видно из ее данных, частота всех фенотипов в группах больных с неосложненной и осложненной формами миопии существенно различна. В группе лиц с неосложненной формой миопии по сравнению с контролем ($O—41,70 \pm 0,61\%$; $A—28,19 \pm 0,55\%$; $B—22,50 \pm 0,52\%$; $AB—6,90 \pm 0,71\%$) увеличена частота фенотипа А и снижена частота фенотипа АВ. У пробандов с осложненной миопией, напротив, увеличена частота антигенов АВ и еще более высока частота фенотипа А. Анализ частоты распределения групп крови АВО в зависимости от степени миопии не выявил существенных различий.

Распределение больных с различными формами миопии по группам крови АВО

Группа крови	Неосложненная миопия, %	Осложненная миопия, %	p
O	31,50 ± 5,43	13,52 ± 5,61	< 0,02
A	45,21 ± 5,82	64,86 ± 7,84	< 0,05
B	21,92 ± 4,84	5,40 ± 3,71	< 0,01
AB	1,37 ± 1,36	16,22 ± 6,06	< 0,02
Всего . . .	100,00	100,00	

Таким образом, групповая принадлежность может оказывать влияние на течение патологических процессов органов зрения, включая и болезни, обусловленные факторами внешней среды. Это согласуется с представлением, что болезни, обусловленные факторами внешней среды, возникают независимо от генотипа человека, однако характер течения заболевания, его исходы в значительной мере определяются суммой наследственных задатков человека.