

Б. А. Сквозников (Альметьевск). Внутрикостное введение гепарина и новокаина при тромбфлебите

Метод лечения больных тромбфлебитом внутрикостными введениями раствора новокаина с антибиотиками и гепарином предложен Г. М. Шуляком в 1952 г.

Мы в стационаре применяли внутрикостное введение раствора новокаина с гепарином 27 больным острым тромбфлебитом нижних конечностей (у 2 из них было изолированное поражение подкожных вен). В возрасте от 20 до 30 лет было 4 чел., от 31 до 50 лет — 21, старше — 2. Все больные поступили в течение первых пяти суток от начала заболевания.

В пяточную кость со стороны наружной лодыжки медленно вводили 20 мл 0,5% раствора новокаина с 5000—7500 ед. гепарина. Инъекции повторяли через 2—3 дня. Курс лечения включал 3—4 инъекции. Параллельно больным назначали никотиновую кислоту подкожно (1 мл 1% раствора) и витамин В₁.

На следующие сутки после инъекции боли либо исчезали, либо резко уменьшались. Отек конечности также уменьшался. Исчезала гиперемия кожи над тромбированной веной. У всех больных мы получили отличные результаты — полностью исчезли боли и отеки. Восстановилась функция пораженной конечности. Средняя продолжительность пребывания больного на койке составила 12 дней.

Ни во время лечения, ни после осложнений не наблюдалось.

Этот метод мы применяли и у больных с трофическими (тромбфлебитическими) язвами нижних конечностей. С этой патологией было 5 больных. Давность заболевания у них составляла от 2,5 лет до 8 месяцев. Дополнительно дважды в день применялись полуспиртовые повязки на язву.

После первой инъекции язва становилась сухой, ткани приобретали розовую окраску. После 3—4 инъекций наступала полная эпителизация. Отдаленные результаты прослежены на сроках от 6 до 17 месяцев. Ни у одного из получавших указанное лечение рецидива язвы не было.

УДК 616.69—008.11

К. С. Фаттахов (Казань). Применение пиявок при приступе приапизма

Предложен ряд методов и средств для лечения страдающих приапизмом: применение фибринолизина, внутриаартерияльное введение 0,5% раствора новокаина, разрез пещеристых тел и выдавливание сгустков крови, наконец наложение анастомоза между пещеристым телом уретры и парными пещеристыми телами члена. Так как все указанные приемы и средства не всегда являются эффективными, то каждый случай излечения представляет интерес.

Приводим наше наблюдение.

Г., 48 лет, поступил 12/II 1966 г. 24 дня назад, 19/I, больной ощутил напряжение полового члена, колющие боли в головке и позывы к мочеиспусканию. 20/I утром обратился к врачу участковой больницы. После инъекции какого-то препарата половой член быстро уменьшился, стал мягким, боли прекратились. Второй приступ, возникший 24/I, также был снят инъекцией. 28/I развился третий приступ. Через три часа после инъекции состояние нормализовалось. 31/I наступил четвертый приступ. Ни инъекции, ни ингаляционный наркоз, проведенный 4/II, эффекта не дали (в 1959 г. подобное же состояние было быстро ликвидировано посредством ингаляционного наркоза).

12/II 1966 г. больной был направлен в Казань.

Невыносимые боли в половом члене. Член увеличен, твердый, подкожные вены его умеренно расширены. Диагноз: приапизм вследствие тромбоза пещеристых тел.

Протромбиновый индекс 100%, гепариновое время 28 сек., свертываемость по Мас-Магро 5 мин.

Двусторонний поясничный новокаиновый блок по 100 мл 0,25% раствора и интубационный наркоз записки азота не дали результата. При пункции боковых пещеристых тел крови не получено. В них введено по 1250 ед. гепарина. Последующее введение гепарина и пелентана также не помогло.

19/II поставлено 9 пиявок на основании пещеристых тел у мошонки. Член опустился, напряжение в области основания ослабло, но ствол оставался твердым. Через 6 дней 5 пиявок были приставлены к середине члена и еще через 7 дней — 3 ближе к головке. Боли исчезли, но полной нормализации не наступило. 10/III Г. выписан в хорошем состоянии.

УДК 616.66—006

А. А. Айдаров и М. А. Золотарев (Казань). Метастазы раковой опухоли в половой член

Указанное явление встречается весьма редко. Первичный очаг при этом чаще локализуется в мочевом пузыре, предстательной железе, почке, прямой кишке и реже в других органах. Метастазы в половой член могут проявляться в различные сроки

(от нескольких месяцев до 5—7 лет) от момента обнаружения опухоли. Поражаются в основном пещеристые тела. Первым симптомом в 60% является опухолевый приапизм (он назван так в отличие от приапизма, возникающего при лейкопении, поражении центральной нервной системы).

Ввиду редкости опухолевого приапизма мы решили сообщить о нашем наблюдении.

К., 63 лет, поступил 23/VII 1965 г. с жалобами на постоянные боли в половом члене и напряжение в нем. Мочиспускание свободное, не учащено. Мочится 5—6 раз в сутки, в конце акта мочиспускания ощущает резь. Половой член в состоянии эрекции в течение последних 4 месяцев. С 10/VI по 22/VII 1965 г. больной лечился консервативно, однако улучшения не наступило. Направлен в клинику с диагнозом: аденома предстательной железы; приапизм.

С 16/X по 1/XI 1957 г. К. лечился в онкологическом диспансере по поводу рака нижней губы. После операции прошел курс рентгенотерапии.

Почки не пальпируются, органы мошонки в норме. Приапизм. Кавернозные тела напряжены на всем протяжении (диффузное распространение раковой опухоли по кавернозным телам), хрящевой плотности, резко болезненны. Кожа полового члена гиперемирована, с синюшным оттенком. Предстательная железа 4×5 см, гладкая, тугоэластической консистенции, с четкими контурами; междолевая бороздка сглажена.

28/VII произведена фунгикулярная биопсия кавернозных тел. Цитологически — злокачественная опухоль дифференцированной формы. Большого полиморфизма и анаплазии нет.

УДК 616—007.41—616.61—007

С. М. Ахметова (Казань). Тазовая дистопия единственной почки

А., 55 лет, поступил 3/III 1967 г. с жалобами на боли в пояснично-крестцовой области, слабость, периодически мутную мочу. Болен с 1958 г., когда после простуды почувствовал слабость, головные боли, моча стала мутной. С тех пор ежегодно лечится в районной больнице по поводу пиелонефрита по 2—3 раза в год.

Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Справа в малом тазу неясно пальпируется плотноватое образование округлой формы. Моча: реакция кислая, удельный вес 1011, лейкоциты единичные в поле зрения. Анализ мочи по Аддису — Каковскому: лейкоцитов 6 млн., эритроцитов 1 млн. При хромоцистоскопии установлено отсутствие устья левого мочеточника, устье правого расположено на обычном месте. Индигокармин, введенный внутривенно, выделился на 4-й минуте интенсивно окрашенной струей. На экскреторной урограмме контуры почек на обычном месте не определяются, тень почки округлой формы в малом тазу справа, контрастное вещество заполняет лоханочно-чашечную систему, повернутую медиально. Деформирующий спондилез поясничного отдела позвоночника. Пресакральный пневморетроперитонеум подтвердил тазовую дистопию правой почки при аплазии левой.

Больной взят на диспансерный учет. Рекомендовано периодически проводить курс лечения по поводу пиелонефрита. Трудоустроен.

УДК 616.61—007

Г. М. Кулагин (Уфа). Двусторонняя удвоенная почка

А., 35 лет, поступила 28/II с диагнозом: хронический пиелонефрит. Жалуется на постоянные боли в пояснице, частое мочиспускание. Больной себя считает с 1957 г., когда перенесла острый цистит.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Область правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого справа положительный. Область мочевого пузыря и мочеточников безболезненна. Наружные половые органы развиты правильно. Мочиспускание учащено.

Моча: реакция кислая, удельный вес 1024, белок — следы, лейкоциты 25—35, эритроциты до 40 в поле зрения. Остаточный азот крови 22,5 мг%.

Хромоцистоскопия. Емкость пузыря 200 мл. Слизистая мочевого пузыря без патологических изменений. Слева и справа имеются по два хорошо выраженных устья мочеточника (всего четыре), располагающихся одно над другим. Индигокармин выделяется из всех четырех устьев на 4-й минуте, широкой струей, хорошей интенсивности.

На обзорной рентгенограмме тени конкрементов не определяются. Произведена ретроградная пиелография. На обеих сторонах от позвоночника имеется удвоенная почка с двумя лоханками и мочеточниками, которые заканчиваются в полости мочевого пузыря четырьмя устьями, причем устья мочеточников нижних удвоенных почек расположены более латерально, устья мочеточников верхних почек — более медиально.

Клинический диагноз: хронический пиелонефрит, двустороннее удвоение почек.