

М. М. Газымов (Лениногорск). Эктопия устья мочеточника

Эктопия устья мочеточников, сопровождающаяся постоянным недержанием мочи, по данным А. Л. Аксельдорфа, встречается у 1 из 1600 детей. Эктопированный мочеточник может открываться во влагалище, в половую щель, уретру и др. Основным симптомом при эктопии мочеточникового устья является постоянное недержание мочи у больных, наряду с нормальным мочеиспусканием. Обнаружить эктопированное устье мочеточника в ряде случаев бывает трудно.

Приводим наше наблюдение.

У М., 8 лет, наряду с регулярным мочеиспусканием, постоянно выделяется моча. При осмотре половой щели видно регулярное капельное отделение мочи из уретры.

Хромоцистоскопия. Индиго справа выделяется на 4-й минуте, слева — на 5-й минуте, одинаковой окраски. На экскреторной урограмме справа тень почки хорошо выделяется, лоханки и чашечки отчетливо контурируются, признаков аномалии нет. Слева выделение контраста несколько слабее, мочеточник в виде тонкой струны, с уровня перекрещивания мочеточника с подвздошными сосудами медиальнее мочеточника — слабая тень контраста в виде широкой трубки. Снижение выделения контраста и препятствие при введении мочеточникового катетера слева возникли, по нашему мнению, из-за спаек между аномальным и основным мочеточником.

19/VIII 1966 г. под эфирно-кислородным интратрахеальным наркозом произведена левосторонняя люмботомия. Аномальная лоханка небольшого размера переходит в расширенный до 12 мм мочеточник. Основная лоханка нормальных размеров, мочеточник тонкий. В аномальный мочеточник введен индигокармин, который тут же стал выделяться из уретры, что окончательно убедило в правильности диагноза. Аномальный мочеточник перевязан у самой лоханки, пересечен и резецирован вблизи места перекрещивания с подвздошными сосудами. Непроизвольное мочеотделение прекратилось сразу после операции.

На 12-й день после операции М. выписана. Здорова.

УДК 616.155.392—616.631.14—616.617

Т. Ю. Елфимова (Куйбышев-обл.). Острый лейкоз, осложненный анурией

М., 18 лет, заболела остро 16/XI 1966 г. Госпитализирована 20/XI с жалобами на общую слабость, тошноту, боли в животе и пояснице, отеки на лице и ногах. Состояние больной тяжелое: адинамия, одутловатость лица, бледность кожных покровов, единичные кровоизлияния на коже рук и ног. Высокая температура.

Над легкими справа ниже VIII ребра укорочение перкуторного звука и там же ослабленное дыхание. Сердце не увеличено. Тахикардия. АД 110/70. Болезненность в эпигастральной области. Печень болезненна, выступает из-под края реберной дуги по срединно-ключичной линии на 6 см, а резко болезненная селезенка — на 7 см.

Гем. 56 ед., Э. 2 490 000, ц. п. — 1,1, Л. — 19 000, гемцитобластов 58%, ю. — 1%, п. — 10,5%, с. — 14,5%, л. — 8,5%, м. — 7,5%. Выраженный анизоцитоз, пойкилоцитоз, умеренная полихромазия. Эритроциты 1:100. В моче белка 0,33%, большое количество эритроцитов. Остаточный азот крови 20/XI — 68 мг%, 21/XI — 129 мг%. Индикан ++.

Клинический диагноз: острый лейкоз (гемцитобластоз), анемия, дистрофия миокарда.

Больная находилась под наблюдением двое суток. Состояние оставалось крайне тяжелым, продолжали беспокоить боли в животе, которые периодически усиливались. Развилась анурия. В ночь на 23/XI больная умерла при явлениях выраженного возбуждения.

Патологоанатомический диагноз (Е. И. Донецкая). Острый лейкоз (гемцитобластоз); разрастание кровотворной ткани преимущественно в печени, почках, селезенке и мочевом пузыре с полной обтурацией просвета мочеточников и нарушением мочеотделения; резкое расширение мочеточников; гидронефроз левой и кистозная дистрофия правой почек.

Заключение: смерть наступила от острого лейкоза (гемцитобластоза) и анурии, возникшей в связи с разрастанием кровотворной ткани в стенке мочевого пузыря и обтурации мочеточников.

УДК 616—002.951.21—611.66—611.34

В. И. Кочубей (Бугульма). Эхинококк женских половых органов и брыжейки толстого кишечника

Первое место по частоте поражения эхинококком занимают печень (70%) и легкие (15%). Эхинококковые поражения женских половых органов встречаются редко, и диагностика их трудна. Мы считаем целесообразным опубликовать наше наблюдение.

С., 39 лет, поступила 2/IV 1964 г. с жалобами на недомогание, ноющие боли в животе, учащенное мочеиспускание, запоры. В последние 3—4 месяца больная стала прощупывать у себя в правом подреберье плотную подвижную опухоль.

5 беременностей закончились нормальными родами, 3 — абортами.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. В правой половине живота, несколько выше пупка — плотная гладкая подвижная опухоль округлой формы 8×8 см, в нижней части живота — опухоль эллиптической формы, исходящая из малого таза, верхний полюс ее на 4 см выше лона.

Опушение стенок влагалища. Шейка матки чистая, располагается ближе к лону. Тело матки обычной величины, интимно спаяно с опухолью, заполняющей полость таза и смещающей матку вверх и к лону. Опухоль $12 \times 10 \times 10$ см, с неровной поверхностью у верхнего полюса, местами плотной, местами туго-эластической консистенции, малоподвижная. Параметрии свободны, выделения обычные. Исследование безболезненно.

Диагноз: фиброма брыжейки кишечника, киста яичника, опущение стенок влагалища.

11/IV 1964 г. под местной инфильтрационной анестезией срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружена кистовидная опухоль в полости таза, расположенная на заднеправой поверхности тела матки и заднем листке правой широкой связки с распластанными на ней правыми придатками. Придатки не изменены. На брыжейке поперечно-ободочной кишки подвижная, замурованная в саленнике вторая такая же опухоль. Печень и другие органы брюшной полости без особенностей. Произведена экстирпация матки с правыми придатками и эхинококковой кистой. Удалена эхинококковая киста брыжейки толстого кишечника. Для предупреждения выпадения произведено укрепление культи влагалища по методу Б. Б. Кушнирова.

Макропрепарат: удаленная матка и придатки без особенностей. Обе кистовидные опухоли содержат полости, выстланные хитиновой капсулой с неровной шероховатой поверхностью. В полостях кист прозрачная бесцветная жидкость со множеством дочерних пузырей.

Послеоперационный период протекал без осложнений. С. выписана на 15-й день после операции в хорошем состоянии.

УДК 616.831—002—616.5—002.957

М. Н. Хартахай и Г. Г. Динисламов (Стерлитамак). Токсический энцефалит при отравлении пчелиным ядом

Мы решили сообщить об остром отравлении пчелиным ядом с преимущественным поражением головного мозга, которое завершилось летальным исходом. В доступной нам литературе аналогичных наблюдений мы не нашли.

А., 48 лет, доставлен на машине скорой помощи в очень тяжелом состоянии.

14/VII 1966 г. в 17 час. больного изжалил рой пчел в лицо и шею. Вначале самочувствие его оставалось удовлетворительным, но спустя несколько часов появилась головная боль, стало сводить правую руку, а вскоре и правую ногу. Около 2 часов ночи 15/VII больной упал с кровати в бессознательном состоянии.

Сознание затемнено. Обильный холодный пот, температура 38° , дыхание везикулярное, частое, поверхностное. Тоны сердца приглушены, пульс 160, АД — 150/60 мм.

Зрачки круглые ($d=s$), с вялой реакцией на свет. Глазные яблоки совершают плавательные движения. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Активные движения в конечностях отсутствуют, тонус мышц в правой руке и ноге выше, чем слева. Сухожильные рефлексы с рук и ног $d>s$, двусторонний симптом Бабинского. Менингеальных знаков не отмечается.

Сделана спинномозговая пункция. Ликвор прозрачный, вытекал ускоренными каплями. Цитоз 15 клеток в 1 мм^3 , белок 0,33%, реакция Панди слабо положительная. Л. — 13 800, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, РОЭ 2 мм/час. В моче белок — 0,33%.

Диагноз: тяжелая острая интоксикация пчелиным ядом с преимущественным поражением головного мозга (токсический энцефалит).

Больному назначили капельное вливание раствора 5% глюкозы и 0,85% физраствора (в 1-й день 2 л в сутки, во 2 и 3-й день — по 4 л в сутки). Перелили 2 ампулы сухой плазмы внутривенно, одну ампулу одноклеточной крови. Проводили десенсибилизирующую терапию: 10% раствор хлористого кальция внутривенно 2 раза в день, 1% раствор димедрола, гидрокортизон по 50 мг 2 раза в день. АКТГ по 60 мг в сутки. На протяжении всех дней вводили стрептомицин внутримышечно, давали лобелин, кислород, цититон.

На вторые сутки, несмотря на принятые меры дезинтоксикации, коматозное состояние углубилось, возникли клонико-тонические судороги, птоз правого века, усилились горизонтальные «плавательные» движения глазных яблок, исчезли зрачковые