

массами. Правое бедро увеличено в объеме, при надавливании на кожу — крепитация. Мышцы передней поверхности бедра тусклого вида, между мышечными пучками злонаправленные гнойные массы с пузырьками газа.

Патологоанатомический диагноз: гангренозный аппендицит с прободением ретроцекально расположенного отростка. Забрюшинная газовая флегмона с затеком на бедро.

УДК 616.329—089

Э. Н. Огнева (Мензелинск). Самопроизвольное отхождение проглоченной ребенком вилки

П., 2 лет 3 месяцев, играя детской столовой вилкой, имеющей красивую пластмассовую обломленную ручку, нечаянно проглотил ее. Доставлен в больницу в состоянии средней тяжести. Глотание невозможно, слюнотечение. Дыхание не затруднено. Некоторая осиплость голоса. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. При рентгеноскопии в пищеводе видна столовая вилка с тремя зубьями, расположенная черенком вниз. Основание зубьев — наиболее широкая часть вилки — на уровне бифуркации трахеи. Больной срочно был направлен для эзофагоскопии в ЛОР-клинику, куда прибыл через сутки. Как показало рентгеновское обследование, инородного тела ни в пищеводе, ни в желудке нет.

На третий день вилка определялась уже в кишечнике и через 7 дней вышла самостоятельно, не произведя каких-либо повреждений.

УДК 616.66—615.361.45

М. И. Каплун (Уфа). Лечение фибропластической индурации полового члена кортизоном

Под нашим наблюдением находилось 33 больных индурацией полового члена, которых мы лечили кортизоном, гидрокортизоном и адрезомом по методике, предложенной болгарским автором Добревым. Курс лечения состоит из 14 инъекций кортизона, которые производятся непосредственно в уплотненную ткань полового члена через день. Первые 6 инъекций — по 0,5 мл в каждое пещеристое тело попеременно, последующие 7 инъекций — по 0,5 мл в каждое пещеристое тело одновременно. Для определения переносимости пациента к кортизону до лечения вводится в уплотнение 0,2—0,3 мл препарата. Всего на курс лечения вводится 250 мл кортизона.

Никаких побочных явлений в процессе лечения и после него не наблюдалось. У одного больного было небольшое капиллярное кровотечение из места инъекции, в результате ранения мелкого сосуда. Кровотечение было остановлено прижатием тампона в течение нескольких минут. Выздоровление наступило у 8 (исчезновение уплотнения и болей), улучшение (уменьшение уплотнения и искривления члена, исчезновение болей) у 22 и у 3 боли исчезли, но уплотнение не уменьшилось.

Наибольшее число положительных результатов было получено после одного курса лечения. Однако у 12 больных были достигнуты положительные результаты после 2 и 3 курсов. Поэтому мы не разделяем точки зрения Добрева, утверждающего, что повторные курсы лечения неэффективны. Повторные курсы лечения проводились через 1,5—2 месяца. Это обусловлено тем, что в процессе лечения кортизоном в местах инъекций образуются вызванные ими уплотнения, рассасывание которых происходит в сроки до 2 месяцев. К этому времени возникает объективная возможность учета результатов лечения. Почти все больные отмечали исчезновение болей после первых 3—4 инъекций, а уменьшение искривления члена и размеров уплотнений — после окончания 1 курса лечения.

10 больных осмотрено через год после лечения. У 4 выписанных с выздоровлением эффект оказался стойким, 6 выписанных с улучшением жалоб не предъявляют, несмотря на оставшиеся уплотнения в половом члене. 8 больных осмотрены через 17 и 19 месяцев после лечения.

У двух эффект оказался стойким, у одного появилось новое уплотнение выше места инъекции, остальные пять больных жалоб не предъявляют, процесс у них стабилизировался.

УДК 616.5—002.35—616.61—007

М. И. Маврин (Казань). Карбункул удвоенной почки в сочетании с уретероцеле

Дооперационная диагностика карбункула почки из-за отсутствия кардинальных клинических симптомов трудна. В доступной нам литературе мы не встретили описания карбункула удвоенной почки. Приводим наше наблюдение.

М., 58 лет, поступил 20/II-61 г. с жалобами на высокую температуру (39°), ознобы, поты, учащенное мочеиспускание и боли в поясничной области справа. Забо-

ление началось сразу две недели назад. Лечился в участковой больнице пенициллином и стрептомицином без заметного эффекта.

Общее состояние тяжелое. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Прощупывается увеличенная, резко болезненная правая почка, левая не определяется. Симптом Пастернацкого справа положительный, Л. — 10 800. РОЭ — 25 мм/час. Моча кислая, удельный вес — 1010, белок — 0,33%, лейкоциты — 100 и более, эритроциты единичные, в поле зрения. Остаточный азот в крови 51,1 мг%.

Хрмоцистоскопия. Левое устье щелевидной формы. В области правого устья расположено кистозное образование 3×3 см, на наружной поверхности которого видно устье мочеточника щелевидной формы. Индигокармин выделялся из устья левого мочеточника на 3-й мин., из правого не выделялся в течение 15 мин.

На обзорном рентгеновском снимке мочевой системы теней конкрементов не обнаружено. На экскреторных урограммах через 10—20 мин справа нечетко видны контуры чашечек на уровне Л₂₋₃, лоханка не контурируется, мочеточник в нижней трети расширен. Слева определяется лоханка и мочеточник нормальных размеров и формы.

С диагнозом «правосторонний инфицированный уретерогидронефроз», «уретероцеле» больной оперирован 6/III (проф. И. Ф. Харитонов) под местной анестезией по А. В. Вишневскому. Жировая капсула плотно спаяна с почкой. Почка удлинённая, с двумя лоханками и мочеточниками. Мочеточники направляются к мочевому пузырю раздельно и там открываются двумя самостоятельными отверстиями. Мочеточник, отходящий от верхней почки, резко расширен, напряжен, вяло сокращается; лоханка также расширена. Нижняя лоханка и мочеточник — нормальных размеров и формы. В области верхнего полюса почки определяется плотный инфильтрат 6×8 см, на поверхности которого гнойные очаги (карбункул). Учитывая общее тяжелое состояние и распространенность воспалительного процесса, произведена нефроуретерэктомия. В послеоперационном периоде наблюдалась пиурия. Поэтому 21/III произведена эндовезикальная электрокоагуляция уретероцеле. При этом из уретероцеле выделилось небольшое количество гноя. 25/IV моча кислая, удельный вес — 1012, белок — следы, лейкоциты — 10—12 — в поле зрения.

Гистологически диагноз «карбункул почки» подтвердился.

Через три года после операции больной жалоб не предъявляет, мочеиспускание нормальное. Моча кислая, удельный вес — 1017, белка нет, лейкоциты единичные.

УДК 615.935.7

З. Х. Каримова, М. И. Гончарова, С. К. Бикбова, О. Б. Россинская, М. М. Муртазин (Казань — Бавлы). **Вспышка водной лихорадки**

Среди лептоспирозных заболеваний в СССР одно из первых мест принадлежит водной лихорадке, 85% заражений происходит при купании в открытых водоемах и 10% — при использовании речной воды для питья и в 5—7% — при уходе за сельскохозяйственными животными (М. А. Буслаев, 1960).

В июле 1960 г. в деревне Фоминовке, Бавлинского района, наблюдались остролихорадочные заболевания с типичной клинической картины водной лихорадки.

Первые случаи рассматривались как грипп.

С 1 по 14 июля заболел 51 человек, из них 47 — из Фоминовки и 4 — из деревни Лукино, расположенной в полутора километрах от Фоминовки по нижнему течению реки Кувалги.

В основном болели дети (36). 17 больных было госпитализировано.

Лечение проводилось пенициллином и витаминами, все больные выздоровели.

Диагноз подтверждался обнаружением антител в сыворотке крови.

Многие больные отмечают, что они заболели после купания в пруду, который служил и местом водопоя скота. Семь человек были работниками животноводческой фермы.

Анализ эпидобстановки Фоминовки указывает на неблагополучие данного населенного пункта по лептоспирозу. Иктерогемоглобинурия (лептоспироз) наблюдалась у коров и телят в течение трех лет (1958—1960).

Дальнейшими исследованиями была установлена эндемичность лептоспироза среди животных в данной местности.

Во избежание повторения вспышки предприняты меры к обязательной вакцинации всего населения и животных Фоминовки и ближайших к ней населенных пунктов, расположенных по берегу Кувалги.

УДК 616.993.1

Ю. В. Карташов (Горький). **Внутрикожная проба и реакция связывания комплемента в диагностике токсоплазмоза**

Предположительный диагноз токсоплазмоза должен быть подтвержден лабораторными методами исследования, внутрикожной пробой с токсоплазмином и реакцией связывания комплемента (РСК) со специфическим антигеном.