

левание 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. Симитом Пастернацкого справа положительн, 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 «шелевидной» формы. В области правого устья расположено кистозное образование 3×3 см, на наружной поверхности которого видно устье мочеточника «шелевидной» 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 нефроретерэктомия. В послеоперационном периоде наблюдалась пиурия. Поэтому 21/III произведена эндозвизуальная 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 картиной 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 неблагоприятное данное 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.