

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 нефруретерэктомия. 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.

Недостатки внутрикожной пробы. Позднее ее появление от начала заболевания (не ранее, чем к концу четвертой недели, а чаще — на пятой — шестой неделе болезни). Невозможность отличить активный процесс от бессимптомного.

Несмотря на заболевание токсоплазмозом, внутрикожная проба бывает отрицательной у детей до 2 лет и у взрослых старше 60 лет.

РСК становится положительной через 2—3 недели от начала заболевания и держится от 6 месяцев до нескольких лет. Она часто бывает отрицательной сывороточной крови новорожденных и грудных детей, даже при ясновыраженной клинической картине заболевания. Придавать абсолютное значение РСК для суждения о законченности процесса нельзя, так как возможны колебания титра антител в крови больного вплоть до полного их исчезновения. Поэтому РСК в сомнительных случаях необходимо ставить повторно.

Под нашим наблюдением находилось 584 человека.

У детей до 2 лет ставилась только РСК. Из 40 исследованных сывороток положительных реакций не отмечено.

При обследовании детей старше 2 лет положительная внутрикожная проба получена у пяти; РСК (+++) — у одного. Средний процент положительно реагирующих на токсоплазмоз среди детей контрольной группы составил 7,2%. При обследовании здоровых родителей по внутрикожной пробе положительные результаты получены у 13 (на ++++ у 1, на +++ у 6 и на ++ у 6). По РСК положительно реагировали 5 человек (на ++++ 3 и на ++ 2). Всего выявлено 15 лиц с токсоплазмозной инвазией — 13,6%.

У 296 человек было подозрение на приобретенный токсоплазмоз. Среди них — 259 женщин с отягощенным акушерским анамнезом (мертворождения, самопроизвольные аборт, недонашиваемость, рождение детей с врожденными уродствами и дефектами внутриутробного развития и т. д.). У этих женщин токсоплазмозная инвазия выявлена у 125 (48,2%). По внутрикожной пробе положительно реагировали 111 женщин (у 31 реакция на ++++, у 54 — на +++ и у 26 на ++). РСК была положительной у 66 человек (на ++++ у 14, на +++ у 35 и на ++ у 17).

Диагноз токсоплазмозной инвазии в группе больных с неясными соматическими заболеваниями установлен у 9 из 37 обследованных, 8 человек положительно реагировали по внутрикожной пробе и 6 — по РСК. У 5 человек обе реакции совпали. В анамнезе этих больных отмечались боли в суставах, длительные головные боли, миалгии, невралгии, увеличение лимфатических узлов, боли в печени, недомогание, общая слабость. У 2 больных при лечении хлоридом и сульфодимезином получено значительное улучшение в состоянии и переход положительной РСК в отрицательную. У одного больного лечение было неэффективным, хотя и отмечалось снижение титра РСК с ++++ до ++.

Детей с подозрением на врожденный токсоплазмоз было 95. У них были выявлены симптомы органического поражения головного мозга, отставание в психическом развитии, болезнь Дауна, гидроцефалия, микроцефалия, судорожные состояния, поражение глаз и т. д.

До 2-летнего возраста было 47 детей, у 10 (21,2%) получена положительная РСК (на ++++ у 2, на +++ у 3 и на ++ у 5). Поставленной 19 детям внутрикожная проба была отрицательной. В возрасте от 2 лет до 15 лет было 48 детей. Положительно реагировали на токсоплазмоз 10, 9 по внутрикожной пробе (1 на ++++, 2 на +++ и 6 детей на ++) и 7 — по РСК (на +++ 3, на ++ 4). Совпадение обеих положительных реакций отмечено у 6 детей. Всего в группе детей с подозрением на врожденный токсоплазмоз положительно реагировало 20 (21%), что значительно превышает средний процент приобретенной токсоплазмозной инвазии в контрольной группе (7,2%). С возрастом количество положительно реагирующих на токсоплазмоз увеличивается. Так, в возрасте до 2 лет токсоплазмозная инвазия не выявлена. От 2 до 15 лет инвазировано 12% от числа обследованных, от 19 до 24 лет — 29,9%, от 25 до 29 лет — 38,8%, старше 30 лет — 45,3%. Средний процент токсоплазмозной инвазии в наших исследованиях равен 31,7%.

В настоящее время специфичность внутрикожной пробы и РСК при токсоплазмозе не вызывает сомнений, что подтверждается высоким процентом их совпадений.

Из 476 человек, обследованных параллельной постановкой двух реакций, совпадение положительных и отрицательных результатов последних получено у 383 (80,5%), что очень близко совпадает с литературными данными. Несовпадение результатов реакций отмечено у 93 человек (19,5%). Расхождение результатов наблюдалось в основном за счет положительной внутрикожной пробы (82), при отрицательной РСК. Трактовка этих данных может быть двойкой. Чаще речь идет о минувшей инфекции, с другой стороны, в ряде случаев это расхождение может быть связано с низким содержанием антител в исследуемой сыворотке. При повторной постановке нам удавалось получить положительные ответы РСК. Значительно реже (всего у 11 человек) была получена положительная РСК при отрицательной внутрикожной пробе. Несовпадение по этому типу характерно для «свежей» инфекции (И. Индржих).