

1. Вургафт М. Б. Офтальм. журн. 1952, 2. — 2. Вургафт М. Б. Тез. докл. IV съезда офтальмологов УССР, 1962. — 3. Дашевский А. И. Вест. офтальм. 1961, 5. — 4. Кальфа С. Ф. Офтальм. журн., 1962, 4. — 5. Колесникова Л. Н. Вест. офтальм. 1961, 5. — 6. Краснов М. М. В кн.: Уч. зап. Гос. научно-исслед. института глазн. болезней им. Гельмгольца, 1957, 5. — 7. Нестеров А. П., Горбаренко П. Г., Сахаров Ю. И. Мед. пром. СССР, 1959, 5. — 8. Нестеров А. П. Гидродинамика глаза и методы ее изучения. Автореф. докт. дисс. Одесса, 1963. — 9. Тихомиров П. Е. Вестн. офтальм. 1949, 1. — 10. Becker B., Thompson H. Am. J. Ophthalm. 1958, 46, p. 305. — 11. Becker B., Shaffer R. Diagnosis and therapy of glaucoma. Kimpton, London, 1961. — 12. Blatter P. Brit J. Ophthalm. 1955, 37, p. 641. — 13. Grant M. Arch. Ophthalm. (Chicago), 1950, 44, p. 204. — 14. Legdhecker W. Klin. Mbl. Augenh. 1958, 132, 77. — 15. Linner E. Brit J. Ophthalm. 1958, 42, 38. — 16. Weckers R. et al. Amer. J. Ophthalm. 1957, 43, 899.

УДК 616—073.7—616.613—003.7

ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОГРАФИИ МОЧЕТОЧНИКОВ ПРИ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. Е. Кузьмина

Институт хирургии им. А. В. Вишневского (директор — действительный член АМН
проф. А. А. Вишневский) АМН СССР

Диагностика почечно-каменной болезни, как правило, не вызывает особых затруднений. Топический диагноз устанавливается с помощью рентгенологического исследования. Определение же функционального состояния органов мочевой системы в ряде случаев вызывает затруднение. Для выявления функциональных нарушений мочевыводящих путей при нефролитиазе в качестве дополнительного метода мы применили методику электрографии. Методика исследования описана нами в журнале «Урология» (1958) и в трудах Крымского медицинского института (1959).

Применяя электрографию в качестве дополнительного диагностического метода у 43 больных с почечно-каменной болезнью, мы получили объективные показатели функционального состояния мочеточника, что в дальнейшем послужило для нас критерием в выборе консервативного или оперативного метода лечения. У одной группы больных отмечалось понижение биоэлектрической активности, что проявлялось снижением вольтажа колебаний, урежением и укорочением всего комплекса биотоков. У второй группы больных выявлено только урежение или урежение и укорочение комплексов биотоков. У третьей группы больных наблюдалось сохранение или усиление биоэлектрической активности по сравнению с нормой.

Приводим одно из наших наблюдений.

В. А., 42 лет, поступил 29/III 1960 г. с жалобами на острые приступообразные боли в поясничной области слева. Боли возникли внезапно 28/III в 20 часов и не прекращались до утра. Инъекция болеутоляющих средств, ванна купировали приступы болей.

Искривление позвоночника в грудном отделе (кифоз). Пальпация области левой почки болезненна, но почки не определяются. Симптом Пастернацкого справа отрицателен, слева — положителен. Кровь и моча без особенностей. На обзорном рентгеновском снимке на уровне 3-го поясничного позвонка тень конкремента круглой формы $0,5 \times 0,5$ см.

Импульсы правого мочеточника появляются ритмично через каждые 16—20 сек, длятся 6—7 сек, амплитуда колебаний 350—500 микровольт. Биотоки левого мочеточника дают мощные суммированные комплексы медленных колебаний с амплитудой 400 микровольт, длительность суммированного комплекса биотока 16 сек, паузы 30—60 сек. Ритм мощных редких импульсаций сочетается с малыми редуцированными разрядами через каждые 2—4 сек, что указывает на дискинезию при сохранении силы сокращения мускулатуры мочеточника (рис. 1).

На основании наших исследований можно было рассчитывать на самопроизвольное отхождение конкремента при назначении медикаментов, снимающих спазм. Больному были назначены папаверин, обильное питье.

Через два месяца больной явился повторно по поводу приступа левосторонней почечной колики. Приступ болей купировался консервативными мероприятиями. При рентгенологическом обследовании выявлена миграция камня из мочеточника в почечную лоханку.

Биотоки левой почечной лоханки представляют собой бифазной формы колебания, ритмично следующие через каждые 6—8 сек, с амплитудой колебания 400—

500 микровольт. Биотоки левого мочеточника, по сравнению с предыдущим исследованием, изменились: амплитуда колебаний снизилась, длительность медленных колебаний биотоков нормализовалась. По-видимому, спазм мускулатуры мочеточника был устранен, ритм и сила сокращения почечной лоханки сохранены (рис. 2).



Рис. 1.

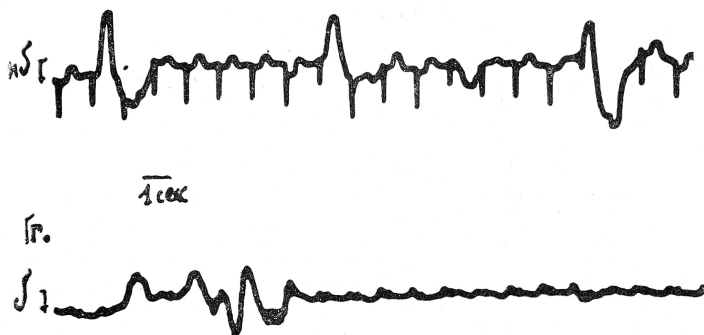


Рис. 2.

В дальнейшем больному проведено консервативное лечение роватинексом и цистоналом. Через месяц больной явился с жалобами на задержку мочи, вызванную камнем, отошедшим из мочеточника и застрявшим в мочевом пузыре. Произведено камнедробление. Наступило выздоровление.

С помощью электрографических исследований показаны изменения биотоков мочеточника при почечно-каменной болезни. Метод электрографии позволяет улавливать стадию компенсации и декомпенсации сократительной способности мочевыводящих путей.

УДК 616.935

ВЛИЯНИЕ ДИЗЕНТЕРИЙНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ И ВНЕШНЕЕ ДЫХАНИЕ

В. Я. Давыдов

Кафедра инфекционных болезней (зав.—проф. А. Е. Резник) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института

Изучение характера окислительно-восстановительных процессов в организме больного дает возможность глубже проникнуть в патогенез болезни и подойти к целенаправленному и научно обоснованному патогенетическому лечению.

Для суждения об интенсивности окислительно-восстановительных процессов у больных дизентерией мы определяли у них коэффициент недоокисления мочи и параллельно некоторые показатели функции внешнего дыхания.