

Диагностика при отсутствии соответствующего анамнеза чрезвычайно трудна, что приводит к необходимости лапаротомии, в процессе которой обыкновенно выясняется истинная природа заболевания. Удаление большой гидронефротической почки осуществляется без затруднений через брюшную полость. Этот вынужденный подход имеет и очень ценную положительную сторону, так как он позволяет выяснить вопрос о наличии второй почки. При поясничном подходе к большой почке в экстренных и неясных случаях мы прибегаем к хромоскопии на операционном столе и таким путем выясняем наличие и функциональное состояние другой почки. При отсутствии второй почки хирург переключается на консервативную методику и накладывает стому на стенку гидронефротической кисты через поясничный разрез.

Необходимо помнить, что проверка наличия второй почки является важнейшим условием успешной операции. Пренебрежение такой проверкой или забвение о ней может привести к катастрофе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамян А. Я. Гидронефрозы. М., 1956. — 2. Ивашко Л. М. Урология, 1957, 2. — 3. Вольперт Е. И. Вест. хир., 1957, 12.

Поступила 18 апреля 1961 г.

## СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

П. Е. Кулаков

Хирургическое отделение Шумерлинской райбольницы Чувашской АССР  
(зав.— М. В. Ханяева)

Л., 26 лет, 16/VIII-60 г. в 16 час. доставлена из участковой больницы с диагнозом — острый живот.

14/VIII в 18 час. внезапно появились боли в животе, лечилась дома грелкой. 15/VIII обратилась за помощью к фельдшеру. После приема таблеток боли стихли, но к вечеру состояние ухудшилось, боли в животе усилились. Госпитализирована в Ходарскую участковую больницу 16/VIII в 12 час., откуда направлена в райбольницу.

Жалобы на резкие боли по всему животу, слабость, затрудненное дыхание. Стул был 14/VIII, газы отходили. Температура — 37,5°. Больная среднего роста, правильного телосложения. Положение вынужденное — стоит, лежать и сидеть не может из-за резких болей и затрудненного дыхания.

Кожные покровы чистые, обычной окраски, покрыты холодным потом, слизистые бледные. Упитанность удовлетворительная. Органы грудной клетки в норме. Пульс — 120, ритмичный, АД — 105/50. Язык — сухой, чистый. Живот резко вздут, напряжен, в дыхании не участвует. Разлитая болезненность по всему животу. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. С обеих сторон живота притупление в отлогах местах. Перистальтические шумы не выслушиваются. Печень и селезенка не определяются. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

При катетеризации мочевого пузыря получено незначительное количество (15—20 мл) светло-желтой мочи. При исследовании через прямую кишку выпячивание и болезненность передней ее стенки. Девственница, выделений из половых путей нет.

Нь — 87%, Л. — 16 800, РОЭ — 12 мм/час.

Предположительный диагноз: перфоративная язва желудка, разлитой перитонит?

Срочная операция (П. Е. Кулаков) под общим эфирно-кислородным наркозом.

Из брюшной полости выделилось около 3 литров темно-коричневой жидкости с резким запахом. Желудок и кишечник в норме. На задней стенке мочевого пузыря обнаружен продольный разрыв всех слоев длиной 7 см,ходящий до дна пузыря.

Рана мочевого пузыря ушита трехрядным кетгутowym швом. Брюшная полость тщательно высушена марлевыми салфетками, вставлена дренажная трубка для лечения антибиотиками. Брюшная полость послойно зашита наглухо. В мочевой пузырь введен постоянный резиновый катетер.

Клинический диагноз: спонтанный разрыв мочевого пузыря.

Послеоперационный период протекал гладко. На 4-й день дренаж удален из брюшной полости. На третий день удален катетер, мочится самостоятельно.

Заживление первичное. Выписана 25/VIII-60 г. в хорошем состоянии.

При повторном опросе больной в послеоперационном периоде выяснилось следующее: 14/VIII-60 г. больная, будучи на базаре в г. Шумерля в жаркий день, употребляла большое количество жидкости (воду и безалкогольные напитки). В силу незнания места расположения общественного туалета и стеснительности, больная в

течение дня задерживала мочеиспускание. По возвращении в свое село прыгнула с кузова грузовой машины, почувствовала нерезкую боль, но дома боли настолько усилились, что она была доставлена в больницу. При сборе первичного анамнеза об описанном факте больная умолчала.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Левитан К. Я. Хирургия, 1959, 12.

Поступила 11 января 1961 г.

## ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ АГРАНУЛОЦИТОЗ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПЕНИЦИЛЛИНУ У МЕДСЕСТРЫ

*Е. С. Сигал*

Бугульминская городская больница (главрач — А. А. Дедюхин),  
научный руководитель — проф. Л. М. Рахлин (Казань)

В литературе широко освещен вопрос об агранулоцитозах вследствие лекарственной непереносимости или прямого токсического влияния на миелопоэтическую систему тибона, ПАСКа, пирамидона, атофана, сульфамидных препаратов и др. При повышенной же чувствительности к пенициллину изменения белой крови изучены недостаточно, лишь в виде единичных сообщений (Е. Я. Северова, И. Е. Павова, 1960). Ввиду этого приводим наше наблюдение.

У медсестры В. профессиональный контакт с пенициллином привел к ряду симптомов повышенной чувствительности к нему с развитием тяжелого рецидивирующего агранулоцитоза, из-за чего больную пришлось отстранить от работы, после чего она стала практически здоровой.

Больна с начала 1959 г. Почувствовала общую слабость, головную боль, головокружение, боли в горле, тошноту и рвоту. Одновременно появились периодические эритематозные высыпания и зуд кожных покровов. Выявленная лейкопения (Л.—1500) послужила причиной госпитализации.

Работает медсестрой с 1952 г. Замужем, имеет здоровую дочь. Материальные и бытовые условия хорошие.

Состояние средней тяжести, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты. На коже туловища и конечностей зудящая эритематозная сыпь. На слизистой рта несколько мелких язвочек, зев гиперемирован, миндалины увеличены, периферические лимфоузлы не увеличены. При перкуссии легких — звук ясный, дыхание везикулярное. Сердце увеличено влево на 1 см. Тоны ритмичны, приглушены. Систолический шум у верхушки. АД — 130/80, пульс — 88, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот несколько вздут, мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. Печень и селезенку пальпировать не удалось. Со стороны нервной системы существенной патологии нет. Гем. — 80%. Э.— 3 770 000, Л.— 1150, РОЭ — 33 мм/час, с.— 20%, л.— 68%, м.— 12%, тромбоциты — 292 000. Моча без особенностей. При рентгеновском исследовании легких, желудка и костей патологии не выявлено. ЭКГ — синусовый ритм, горизонтальное положение сердца. Температура субфебрильная.

Пробная инъекция 20 тысяч ед. пенициллина привела к быстрой и пышной аллергической реакции в виде массивной эритематозной сыпи, зуда и диспепсических явлений.

Лечение проводилось преднизолоном, димедролом, нуклеиновой кислотой, тезаном, биомицином, стрептомицином, переливанием крови и лейкомасты.

Через 2 месяца в хорошем состоянии, при нормальном составе крови (Э.— 4 500 000, Л.— 6000), она приступила к работе.

Через 3 месяца рецидивировали все описанные ранее явления. Обнаружена лейкопения (Л.— 1050, 72% лимфоцитов). Больная вновь госпитализирована. При обследовании выявлены изменения, идентичные с предыдущими. Исследование пункта костного мозга показало некоторое уменьшение гранулоцитов, в остальном он был нормальный. Это позволило исключить алейкемическую форму лейкоза. После длительной комплексной терапии больная выписана в хорошем состоянии и вскоре приступила к работе.

Третье ухудшение наступило через 3 месяца и ни клинически, ни гематологически не отличалось от предыдущих. Терапия вновь оказалась весьма эффективной, и больная приступила к прежней работе, но через месяц наступило четвертое ухудшение с уменьшением количества лейкоцитов до 1200. После стационарного лечения теми же средствами наступила ремиссия с общим хорошим состоянием и нормальным составом периферической крови.