

Сравнение результатов показало, что у больных активным ревматизмом выделение глюкуроновой кислоты с мочой уменьшено ($302 \pm 0,09 - 234 \pm 0,03$ мг при норме $427 \pm 0,05$ мг). Наблюдается параллелизм между показателями пробы на гидрофильность тканей и количеством выделенной глюкуроновой кислоты с мочой. Содержание глюкуроновой кислоты в моче уменьшается по мере прогрессирования недостаточности кровообращения. У больных активным ревматизмом с декомпенсированным пороком сердца и кардинальным циррозом печени выделение глюкуроновой кислоты с мочой уменьшается параллельно со снижением содержания протеинов крови, альбуминовой фракции и фибриногена, что указывает на глубокое нарушение протеиногенной и анти-токсической функции печени.

Определение глюкуроновой кислоты в моче в сочетании с другими пробами печени может служить дополнительным тестом для оценки функционального состояния печени у больных ревматизмом.

УДК 612.313.3

В. И. Колобаев, Г. Ф. Борисов и В. И. Сурин (Саранск). Слюноотделение при некоторых заболеваниях органов пищеварения

У здорового человека происходит постоянное слюноотделение, величина которого неодинакова у различных людей, но почти постоянна у данного индивидуума. Прикрепление капсулы Красногорского — Лешли к выводному протоку околоушной слюнной железы позволяет наблюдать непрерывное выделение слюны, которое одни называют секретцией покоя, другие — фоновым слюноотделением.

У здорового человека фоновое слюноотделение отмечается вскоре после прикрепления капсулы Красногорского — Лешли. Из 86 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки лишь у 12 в течение 5 минут выделилось от одной до 23 капель слюны, у 74 не появилось ни одной капли.

Из 46 больных с заболеваниями печени и желчного пузыря только у 5 больных холециститом выделилось 1—2 капли. На дозированное раздражение рецепторов слизистой оболочки полости рта растворами лимонной кислоты лишь у 2 больных околоушная слюнная железа отвечала адекватными секреторными реакциями как по количеству секрета, так и по продолжительности латентного периода, у 44 секрета была неадекватна либо по количеству секрета (37), либо по величине латентного периода (7).

У 16 из 86 больных язвенной болезнью секрета на дозированное раздражение растворами лимонной кислоты была адекватной, у 70 — неадекватной либо по количеству секрета, либо по продолжительности латентного периода.

Я. Ю. Малков (Саратов). Соотношение полов детей у рожениц с акушерской патологией

При подробном изучении генетиками и антропологами вопроса о соотношении полов было открыто любопытнейшее явление. Оказывается, мальчиков рождается на 6% больше, чем девочек, хотя в первые месяцы беременности зародыши мальчиков погибают в 2—3 раза чаще.

При выяснении влияния условий существования родителей на рождаемость детей интересно было бы сравнить соотношение полов при рождении в зависимости от акушерской патологии. Действительно, имеется ли связь дородовой патологии и патологии в родах с преимущественным рождением того или иного пола плода? В литературе сообщений по этому вопросу нам не встретилось.

Мы разработали материалы клинического родильного дома I клинической больницы г. Саратова за 1965—1966 гг. Патологических родов было 2894. Мальчиков родилось 1580 (54%), девочек — 1314 (46%).

Детальный анализ позволил проследить некоторую зависимость в соотношении полов при отдельных формах акушерской патологии. Так, отмечается большой процент рождения мальчиков у женщин, роды у которых осложнились преждевременным отхождением вод, перенашиванием беременности, легкой формой нефропатии. Преждевременное отхождение вод чаще наблюдалось у «старых» повторнородящих, как и запоздалые роды и нефропатии. При тазовых предлежаниях преобладало рождение девочек у пожилых первородящих. Наши данные в отношении рождения мальчиков с крупным весом у старых повторнородящих женщин подтверждают наблюдения ряда авторов и свидетельствуют о преимущественном их рождении по сравнению с девочками. Мнение Т.П. Аносовой (1948) относительно большего процента мальчиков среди мертворожденных совпадает с нашими наблюдениями. Заметной разницы в соотношении полов детей при преждевременных родах, а также осложненных тяжелой формой нефропатии, слабостью родовой деятельности, приращением плаценты, Rh отрицательной кровью нами не выявлено.

Для окончательного заключения о соотношении полов при рождении у рожениц с остальными формами акушерской патологии необходимо большее количество наблюдений.