

Таблица 1

Концентрация калия и натрия в крови у больных с демпинг-синдромом

Группа	Число больных	Количество К, мэкв/л		Количество Na, мэкв/л	
		до приступа	во время приступа	до приступа	во время приступа
1-я	20	$4,1 \pm 0,05$	$4,1 \pm 0,02$	$138 \pm 0,42$	$141 \pm 0,6$
2-я	25	$4,1 \pm 0,036$	$4,0 \pm 0,04$	$137 \pm 0,69$	$143 \pm 0,33$
3-я	12	$4,1 \pm 0,04$	$3,7 \pm 0,04$	$137 \pm 0,25$	$140 \pm 0,05$

Таблица 2

Содержание 17-кетостероидов в суточной моче у больных с демпинг-синдромом во время приступа

Группа	Число больных	Содержание 17-кетостероидов, мг/сутки
1-я	8	$24 \pm 1,6$
2-я	12	$21 \pm 1,09$
3-я	6	$18 \pm 3,8$

У больных 3 группы отмечены небольшие сдвиги в содержании электролитов, уменьшение уровня К в плазме во время приступов. Из 26 больных только у 5 количество 17-кетостероидов понижено, у остальных повышено.

УДК 616—006.55—616.65—002—616.36

Р. Н. Замалетдинов (Йошкар-Ола). Функции печени при аденоме предстательной железы

Мы обследовали 17 больных с аденомой предстательной железы (возраст — от 62 до 83 лет). С аденомой I ст. было 2 чел., II ст. — 7, III ст. — 8.

Проба Квика — Пытеля была проведена у 15 больных. У больных II ст. антитоксическая функция нарушена незначительно, тогда как у больных с аденомой III ст. нарушение составляет 63,7% нормы ($P < 0,01$).

Сулемова проба и реакция Таката — Ара были положительными у большинства больных с аденомой предстательной железы II—III стадии. Повышение сиаловых кислот и укорочение коагуляционной ленты Вельтмана выражены еще резче.

Количественный анализ фракций белков методом электрофореза на бумаге показал отчетливые изменения у больных с аденомой III ст. и незначительные у больных со II ст.

Углеводный обмен мы изучали по измерениям концентрации сахара в крови через каждые 30 мин. после нагрузки 50,0 глюкозы. Характерным для этой группы больных является сахарная кривая с медленным нарастанием концентрации. Максимальная концентрация сахара у них меньше, чем у контрольной группы, и достигается за большее время, а к концу пробы не снижается до исходных цифр ($P < 0,0005$). У больных с аденомой II ст. сахарная кривая существенно не отличается от контрольной.

У большинства больных была почечная недостаточность в той или иной степени. О ней можно судить по повышенному содержанию остаточного азота, мочевины и низкому удельному весу мочи. Ночной диурез увеличен и превышает дневной. Существенное изменение клубочковой фильтрации было у больных с аденомой III ст. — 70,9—8,0 мл/мин. ($P < 0,025$).

Таким образом, при аденоме предстательной железы нарушаются не только функции почек, но и основные функции печени.

УДК 616.66—616—005.96

Д. Ф. Перфильев и Д. Т. Голышенкова (Саранск). Слоновость наружных мужских половых органов

М., 35 лет, с дементивным синдромом, поступил 26/XII 1967 г. с жалобами на резкое увеличение полового члена и мошонки, затрудняющее мочеиспускание и ходьбу (рис. 1). Болеет с 1946 г., когда впервые перенес рожистое воспаление мошонки и полового члена, в дальнейшем повторяющееся ежегодно по 2—3 раза. После рожистых воспалений мошонка и половой член стали отекать и увеличиваться из года в год. Длительно, но безуспешно лечился в райбольнице. В связи с бесперспективностью консервативной терапии поступил в урологическое отделение Республиканской больницы для оперативного лечения.

Длина полового члена 47 см, диаметр 30 см, длина мошонки 25 см, окружность 32 см. Член и мошонка резко деформированы, на крайней плоти трофическая язва. Незалупа.



Рис. 1.

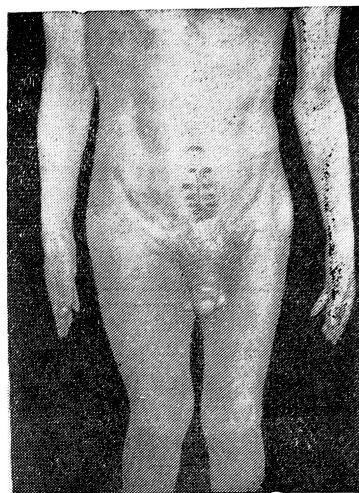


Рис. 2.

8/XII 1967 г. произведена одномоментная операция под интубационным наркозом. Полностью удалена склерозированная клетчатка вместе с кожей, произведена пластика за счет неизменной кожи надлобковой области. Вскрыта полость мошонки. Выделены яички и семенные канатики. Произведена резекция $\frac{2}{3}$ мошонки. Сформирована новая мошонка из макроскопически мало измененных тканей оставшейся части мошонки. Заживление вторичным натяжением (рис. 2).

18/I 1968 г. М. выписан по выздоровлению.

УДК 618.214—616—001.33

Канд. мед. наук А. Л. Верховский (г. Киров). Повторные разрывы матки по рубцу после кесарева сечения

За 20 лет в родовспомогательных учреждениях г. Кирова оперированы 2 женщины по поводу повторного разрыва матки. Ранее у них были ушиты разрывы по рубцу после кесарева сечения. У обеих женщин разрыв матки наступил при первой же беременности после ушивания разрыва матки. Учитывая редкость подобной патологии, мы решили привести наши наблюдения.

1. Д., 26 лет. В 1958 г. перенесла корпоральное кесарево сечение по поводу отслойки плаценты. В 1959 г. в родах при второй беременности у нее появились симптомы начавшегося разрыва матки. Во время чревосечения обнаружен неполный разрыв матки по рубцу. Извлечен мертвый доношенный плод. Края разрыва ушиты. Во время третьей беременности в 22—23 недели доставлена 26/XI 1965 г. скорой помощью с жалобами на сильные боли внизу живота. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые несколько бледны. Язык влажный. АД 90/60, пульс — 64, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, правильной формы. На брюшной стенке широкий звездчатый рубец, болезненный при пальпации, спаянный с подлежащими тканями. Тело матки увеличено соответственно 22—23 неделям беременности, тонус ее обычный, пальпация умеренно болезненна. Положение плода и предлежание не ясны. Сердцебиение плода по средней линии ниже пупка глуховато. Выделений нет. Шейка матки сформирована, наружный зев закрыт, движения шейки болезненны.

В час ночи у больной появились резкие боли внизу живота, головокружение, была однократная рвота. Кожные покровы и слизистые бледны. Пульс 54, слабого наполнения, АД не определяется. Живот резко напряжен, по всей брюшной стенке резко выражен симптом Щеткина. Контуры матки не определяются, сердцебиение плода не выслушивается.

Диагноз: Разрыв матки по рубцу, шок.

Чревосечение. На передней стенке матки старый рубец на большом протяжении отдельными участками истончен, выпячивается в рану, местами кровоточит. После извлечения плода встретились серьезные затруднения с отделением плаценты. Оказалось, что она глубоко проросла в рубец и соседние с ним участки стенки матки. Произведена ампутация матки без придатков. В послеоперационном периоде вторичная анемия. Пациентка выписана на 35-е сутки в удовлетворительном состоянии.

2. Р., 28 лет. В 1952 г. перенесла операцию классического кесарева сечения по поводу узкого таза. При повторной беременности в 1956 г. наступил разрыв матки по рубцу, произведено ушивание разрыва без стерилизации. Во время третьей беременности через 2 года на 36-й неделе появились признаки начавшегося разрыва по старому рубцу. На операции — неполный разрыв матки по рубцу с приращением плаценты.