

9/IX больной выписан с нормальным актом мочеиспускания.

При осмотре через год после операции — мочится нормальной струей. Анализ мочи без патологических изменений.

2. М., 56 лет, поступил 11/IX-61 г. с жалобами на болезненное мочеиспускание. Позывы к мочеиспусканию учащены. В течение последних 2 лет мочится с трудом, моча выделяется по каплям.

Предстательная железа несколько увеличена, безболезненная. Висячей части уретры на 3 см дистальнее от пенископического отдела члена определяется конкремент длиной около 3 см.

На расстоянии 8—10 см от наружного отверстия уретры буж встречает препятствие, улавливается характерный звук от удара о камень.

На обзорной рентгенограмме мочевого пузыря теней от конкрементов не определяется.

19/IX-61 г. произведена наружная уретротомия. Извлеченный из уретры камень веретенообразной формы, длиной 3 см, толщиной 1,2 см. Уретральный свищ к моменту выписки (10/X) закрылся, мочеиспускание восстановилось. Осмотрен через 11 месяцев, мочеиспускание нормальное, жалоб не предъявляет.

3. П., 46 лет, поступил 26/IX-61 г. с жалобами на затрудненный акт мочеиспускания — моча выделяется каплями. При позыве к мочеиспусканию появляются рези в канале.

В течение последних 3 лет периодически появлялись острые приступы болей в поясничной области справа, сопровождавшиеся дизурическими явлениями. На высоте приступа почечной колики дважды самопроизвольно отходили камни с мочой. Последний приступ острых болей в поясничной области перенес три месяца тому назад.

Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не изменена. В ладьевидной ямке определяется камень величиной с лесной орех. Наружное отверстие уретры узкое, проходимо для бука № 17.

На обзорной рентгенограмме мочевого пузыря теней от конкрементов не определяется.

28/IX-61 г. произведена меатотомия. Из ладьевидной ямки пинцетом извлечен камень величиной с лесной орех, белого цвета, с неровной поверхностью.

4. Э., 22 лет, поступил 12/I-62 г. с жалобой на затрудненное мочеиспускание. С детства мочится тонкой, прерывистой струей. В прошлом несколько раз наблюдались острые приступы болей в правой половине поясницы, сопровождавшиеся временной задержкой мочи.

На обзорной рентгенограмме мочевого пузыря в проекции задней уретры определяется тень конкремента.

При катетеризации мочевого пузыря резиновый катетер проходит свободно.

23/I-62 г. под местной анестезией произведена эпицистостомия. В дивертикуле простатической части уретры обнаружен камень $1,5 \times 3$ см, который извлечен с помощью ложечки. Дивертикул иссечен.

Осмотрен спустя 8 месяцев после операции. Мочится 5—6 раз в сутки, струя мочи обычная. В моче патологических элементов нет.

5. Г., 73 лет, поступил 22/II 1962 г. В последние три дня подвергался катетеризации мочевого пузыря из-за задержки мочи, причем резиновый катетер ввести не удавалось, с трудом проходил металлический. Выпущенная моча была с примесью крови.

В простатической части уретры определяется плотноватое тело неправильной формы. При катетеризации мочевого пузыря металлическим катетером последний с трудом удается провести через простатический отдел уретры. Выпущено 300 мл мочи с примесью крови.

На обзорной рентгенограмме мочевого пузыря теней конкрементов не обнаружено.

24/II-62 г. под местной анестезией произведена эпицистостомия. Из простатической части уретры удален конкремент 2×3 см, черного цвета, неправильной формы, легко крошащийся.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616 — 002. 5 — 616. 231 — 002 — 616 — 233 — 002

Е. Г. Белослюд (Клин). Туберкулез трахеи и бронхов у сельских жителей

Туберкулез трахеи и бронхов с 1957 по 1964 гг. был обнаружен у 58 сельских жителей Клинского района. Изолированное поражение трахеи было у 2, трахеи и бронхов — у одного и только бронхов — у 55 больных, причем правый главный бронх был поражен у 18, левый главный бронх — у 19 и устья долевых бронхов — у 19 (правых — у 12 и левых — у 7). Преобладающего поражения левого главного бронха,

как это отмечалось в литературе (А. Н. Вознесенский и др.), мы не наблюдали. У 7 больных был стеноз бронхов I—II ст. Это осложнение туберкулеза легких наблюдалось главным образом в возрасте от 20 до 40 лет (у 40 из 58) и у лиц пожилого возраста (у 7 из 36). Мужчин было 40, женщин — 18.

Трахеобронхоскопия была произведена 349 больным активным туберкулезом легких. Туберкулез трахеи и бронхов был выявлен у 16%.

У 48 больных туберкулезные изменения в бронхах локализовались на стороне наибольшего поражения легких. Преимущественно продуктивный характер процесса в бронхах наблюдался у 50, экссудативный — у 7 и рубцовый — у одного больного, причем у 13 была язвенная и у 44 — инфильтративная форма.

Наиболее часто туберкулез трахеи бронхов обнаруживался при хроническом фиброзно-кавернозном (24) и инфильтративном туберкулезе легких (14).

Бацилловыделителей было 49. Продолжительность заболевания туберкулезом легких была до одного года у 21 больного, от одного до 3 лет — у 8 и свыше 3 лет — у 29.

Хронический неспецифический эндоbronхит у больных туберкулезом легких наблюдался в 12% (у 32 больных из 257).

Клиническое излечение туберкулеза трахеи и бронхов наступило у 48 больных (82%), улучшение — у 2, без перемен — у 2. Умерло за это время 6 больных.

Отдаленные результаты у 48 больных с клиническим излечением туберкулеза бронхов (срок наблюдения от 2 до 7 лет) следующие: снято с учета в связи с выздоровлением от туберкулеза легких 6 человек, переведено в 3 группу диспансерного учета с клиническим излечением туберкулеза легких 6, наступило значительное улучшение легочного процесса у 8, улучшение — у 13, без перемен — у 7, ухудшение — у 4.

А. А. Ахметзянов (Сардан, УАССР). Изменения бронхов вследствие длительного повышения внутригрудного давления

У больных, имевших длительное повышение внутригрудного давления, бронхоскопически обнаружены деформации, смещения и перегибы бронхов. Они возникли от искусственного пневмоторакса у 9 из 16, после пневмоплеврита — у 8 из 10, у одного — в результате кисты в легком. Сроки поддержания повышенного внутригрудного давления у наших больных равнялись в среднем от 4 до 10 лет.

Как выяснилось, длительное повышение внутригрудного давления (пневмоторакс, пневмоплеврит, опухоль и т. д.) приводит к необратимым анатомическим изменениям бронхов (деформация, перегибы и др.), которые не укладываются в возможные топоанатомические отклонения от нормы.

И. С. Полещук (Владимир). Опыт лечения гастрогенной тетании

Относительная редкость данного состояния при желудочных заболеваниях обуславливает диагностические ошибки, что, в свою очередь, отражается на терапии.

У большинства больных гастрогенная тетания развивается постепенно. Прежде всего, отмечается потеря аппетита, тошнота, рвота, нарастает общая слабость, появляются боли в руках и ногах. Одновременно отмечается резкое уменьшение содержания хлоридов в крови. При норме 450—500 мг% нередко уровень хлоридов снижается до 300 мг% и ниже, что В. М. Воскресенский (1935) назвал «порогом смерти».

Хлор, который организм теряет при рвоте, поступает не только из крови, но и из тканей, в связи с чем возникает значительная дехлорация организма. Смещение кислотно-щелочного равновесия в сторону алкалоза и потеря хлоридов сопровождаются разрушением тканевых белков и развитием гиперазотемии, увеличением бикарбонатов в крови до уровня некомпенсированного алкалоза при задержке фосфора, что влечет уменьшение задержки ионизированного кальция, вызывая отщепление его из тканей. В результате этого биохимического конфликта возникает перевозбудимость тканей, что проявляется в судорогах различной степени выраженности.

В далеко зашедших случаях возникают тяжелые нефротические изменения (белок, гематурия, цилиндры), которые, как правило, приводят к смерти больного до уремий.

По клиническим проявлениям и тяжести гастрогенная тетания делится на три формы: 1) молниеносная, встречается редко, она протекает как азотемическая уремия; 2) наиболее часто встречающаяся форма, характеризуется значительным повышением нервно-мышечной возбудимости, что проявляется тоническими судорогами различных мышечных групп; 3) наиболее легкая или, как ее еще называют, стертая форма, при ней отмечаются парестезии, слабо положительные симптомы Хвостека, Труссо и некоторые продромальные признаки.

Мы располагаем наблюдениями над 12 больными второй формой гастрогенной тетании. Мужчин было 11, женщин — одна. Возраст больных был от 29 до 52 лет.