

Пульс 92. Живот мягкий; при ощупывании над правой паховой связкой определяется напряженное продолговатое болезненное образование, уходящее нижним полюсом в малый таз.

Симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный. Влагалище широкое; шейка матки цилиндрическая, наружный зев ее закрыт; тело матки не увеличено, справа от него находится ограниченно подвижное уплотнение.

Диагноз: перекручивание ножки кисты правого яичника.

Под местным обезболиванием вскрыли брюшную полость. Матка не увеличена; левые придатки обычные, правые перекручены у угла матки. Труба напоминает реторту, багрового цвета; яичник фиолетового цвета. Наложив зажимы у правого угла матки, произвели раскручивание придатков (они оказались перекрученными на 270°), при этом ампулярный конец трубы лопнул, из нее выделилось значительное количество желтоватой жидкости. Правые придатки удалили.

Послеоперационное течение без осложнений.

УДК 618.3—008.6—618.46

Доктор мед. наук В. К. Пророкова, Л. И. Аккерман, А. А. Круглякова (Ленинград).
Течение послеродового периода у перенесших поздний токсикоз беременных

В последние годы отмечено, что заболеваемость и смертность от пуэрперальных септических заболеваний как за рубежом, так и в СССР вновь начали возрастать. Мы полагаем, что решение проблемы дальнейшего снижения послеродовых инфекционных заболеваний должно идти по пути углубленного изучения причин, благоприятствующих развитию инфекционных процессов в организме после родов. Поскольку поздние токсикозы являлись наиболее частыми осложнениями беременности, то нам представляется важным изучить их влияние на течение послеродового периода и на возникновение пуэрперальных инфекционных заболеваний.

Мы изучили течение беременности, родов и послеродового периода у 568 женщин, страдавших поздними токсикозами, и для контроля — у 322 женщин, у которых токсикозов не было (общие сведения см. в табл.).

Группы женщин	Всего	Первородящие						Повторнородящие			
		всего		первобеременные		имели самопроизвольные аборты		всего		абортов не было	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Страдали поздним токсикозом беременных	568	408	71,8	243	42,8	35	6,16	160	28,2	42	7,4
Контрольная группа	322	241	74,8	147	45,6	20	6,21	81	25,2	26	8,07

Различные инфекционные заболевания после родов у женщин, перенесших поздний токсикоз, встречались несколько реже, чем у родильниц, у которых его не было.

Четкой зависимости между длительностью позднего токсикоза и числом послеродовых заболеваний не выявлено.

При наиболее тяжелой форме позднего токсикоза мы не наблюдали послеродовых заболеваний.

Сам поздний токсикоз не являлся причиной повышенной кровопотери во время родов и в раннем послеродовом периоде.

На основании наших исследований мы пришли к выводу, что поздние токсикозы как осложнения беременности не ведут к увеличению послеродовых инфекционных заболеваний.

УДК 616.366

Кандидаты мед. наук Б. Н. Жуков, Ю. В. Тимохин (Куйбышев-обл.). Термопроктограмма у здоровых людей

Одним из основных условий нормальной жизнедеятельности человеческого организма является постоянство температуры тела — гомойотермия. Однако состояние гомойотермии имеет место не во всем теле. В направлении от покровов в глубь тела температура повышается, и лишь на определенной глубине устанавливается относительно постоянная температура.

Целью нашей работы было изучение температуры в просвете прямой кишки на всем ее протяжении. Эти сведения дадут возможность более дифференцированно подходить к диагностике того или иного заболевания прямой кишки.

Измерения мы проводили в поликлинике при профосмотрах, в утренние часы (9—10 час. утра), при температуре окружающего воздуха $20-21^\circ$, в коленно-локтевом положении обследуемого, после пребывания его в покое в помещении не менее

25—30 мин. Пользовались электротермометром ТСМ-2 со специально сконструированным нами термистором.

Обследовано 496 практически здоровых людей в возрасте от 16 до 60 лет. Накануне вечером и утром в день исследования делали очистительную клизму (утром не позднее чем за 4—5 часов до исследования). Измерение температуры не сопряжено с многократным введением термистора.

Температура кожи в области ануса равна $35,7—36,0^{\circ}$; слева она на $0,3—0,5^{\circ}$ выше, чем справа. В области анального канала температура колеблется в пределах $36,6—37,5^{\circ}$, на высоте 18 см достигает $38—38,5^{\circ}$, в вышележащих отделах толстой кишки (до 30 см) — 38° .

При волевом сокращении анального сфинктера (до 5 раз) температура анального канала повышается на $0,8—1,5^{\circ}$. У женщин температура в просвете прямой кишки на высоте 4—5 см на $0,6—0,8^{\circ}$ выше, чем у мужчин, что, по-видимому, можно объяснить расположением вблизи обильно васкуляризованной матки. По периметру в просвете прямой кишки на одном и том же уровне температура почти постоянна. У людей с одномоментным типом дефекации температура в просвете прямой кишки на $1,2^{\circ}$ выше, чем у людей той же возрастной группы с двухмоментной дефекацией.

У мужчин старше 40 лет отмечается снижение температуры на $0,7\pm 0,2^{\circ}$. У женщин в возрасте 40—45 лет (у некоторых и в 50 лет) температура в просвете прямой кишки оказалась на $0,6\pm 0,1^{\circ}$ выше, чем в более молодом возрасте. После 45 лет температура снижается в среднем на $0,8^{\circ}$.

УДК 616.61—002.5

Л. Ф. Балуева (Куйбышев-обл.). Полное омертвление туберкулезной почки

Омертвление почки обычно наблюдается у больных с закрытым туберкулезным поражением почек. Клиническое течение часто совершенно скрытое, и болезнь обнаруживается случайно. Туберкулезное поражение почек приводит к образованию хронического склерозирующего паранефрита, больные обращаются к врачу с жалобами на боли в поясничной области. При обызвествлении на обзорной рентгенограмме определяются неоднородные, пестрые, различной интенсивности в виде полос и пятен тени на фоне почек (так называемая пятнистая, или тигровая, почка). Более редко в далеко зашедших стадиях туберкулеза почки на обзорной рентгенограмме можно видеть участки обызвествления, которые занимают всю почку.

Мы наблюдали полное омертвление туберкулезной почки.

Г., 48 лет, поступил на обследование 6/II 1969 г. с жалобами на тупые боли в поясничной области справа. Считает себя больным около 15 лет, когда впервые стал ощущать тупую боль в поясничной области, неоднократно было учащенное мочеиспускание, к врачам не обращался.

Телосложение правильное. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. Живот мягкий, незначительная болезненность в правой половине живота, по ходу правого мочеточника. Почки на обычном месте не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Хромоцистоскопия: емкость 200 мл, слизистая бледно-розового цвета, правое устье воронкообразно втянуто, индигокармин не выделяется в течение 15 мин. наблюдения. Левое устье на валике, сокращается, индигокармин выделяется на 4-й мин., хорошей струей, интенсивной окраски.

Моча без патологии.

На обзорной рентгенограмме справа на уровне $L_1—L_2$ — неоднородная, пятнистая тень размером 7×4 см, по форме напоминающая почку. По ходу правого мочеточника — нитеобразная тень. На экскреторной урограмме (снимки через 8, 16, 30 мин.) контрастное вещество определяется в левой почке, правая почка не функционирует. Ретроградную урографию произвести не удалось, так как правое устье полностью облитерировано.

Высказано предположение о полном омертвлении правой почки в результате туберкулезного поражения. 17/II 1969 г. произведена нефруретерэктомия справа с иссечением склерозированной околопочечной клетчатки. В послеоперационном периоде больной получал специфическое лечение. Рана зажила первичным натяжением. Через месяц Г. был выписан в хорошем состоянии.

Удаленная почка размерами $8\times 4\times 3$ см, плотной консистенции; поверхность ее бугристая. Полностью разрезать почку не удалось, паренхима не определяется.

Патогистологическое исследование: элементов почечной ткани не обнаружено, стенка почки представлена соединительной тканью с множеством известковых отложений. Стенка мочеточника утолщена, с участками обызвествления; в нижней трети его — полная облитерация на протяжении 4 см.

УДК 616.34—003.7

Ф. 3. Шакиров (г. Нефтекамск). Острая задержка мочи каловым камнем

Ф., 6 лет, поступил 25/V 1970 г. из сельской участковой больницы по поводу задержки мочи. Мальчик беспокоен, капризничает, жалуется на сильные позывы к мочеиспусканию, боль в нижних отделах живота. В течение 3 дней отмечал затруднен-