

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 омелотворение туберкулезной почки

Омелотворение 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 омелотворение 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 омелотворении 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-

ное мочеиспускание, задержку мочи в последние 20 час. Стул ежедневный, в небольшом количестве, кашицеобразный, без патологических примесей. Температура 37,8°. Органы дыхания и кровообращения без патологии. Язык чист, влажен. Живот не вздут, мягкий, пальпация его в нижних отделах болезненна, над лоном определяется мочевого пузыря, дно которого находится на 4 см ниже пупка. При пальцевом исследовании прямой кишки кпереди от нее в малом тазу определяется плотное опухолевидное образование размером с женский кулак, малоподвижное, с гладкой поверхностью.

Заподозрена опухоль малого таза, сдавливающая уретру. Попытка катетеризации мочевого пузыря неудачна: катетер, миновав перепончатую часть уретры, встречает непреодолимое препятствие. Обзорная рентгенография области малого таза теней конкрементов не выявила.

Кровь без патологических изменений.

С целью отведения мочи и ревизии органов таза решено произвести цистостомию. Во время операции из мочевого пузыря выведено до 900 мл кровянистой мочи. Произведена ревизия опухолевидного образования путем пальпации через заднюю стенку мочевого пузыря. Затем из этой же операционной раны над мочевым пузырем вскрыта брюшная полость и произведена ревизия органов малого таза. Образование находится в ампуле прямой кишки, в дистальном отделе оно очень плотное, проксимальнее — мягкое, тестовой консистенции; стенка кишки не изменена. Брюшную полость ушили наглухо, в полость мочевого пузыря вставили катетер Пещера, наложили послойные швы на операционную рану. Не выводя больного из состояния наркоза, произвели расширение анального отверстия ректальным зеркалом. При вторичной пальпаторной и визуальной ревизии полости прямой кишки был обнаружен большой каловый камень. После размельчения его выделили по частям.

Послеоперационное течение гладкое, на 2-е сутки у мальчика восстановилось самостоятельное мочеиспускание, через 3 суток извлечен катетер Пещера, операционная рана зажила первичным натяжением, надлобковый свищ закрылся. Выписан в удовлетворительном состоянии 4/VI 1970 г.

УДК 616.62—616—007.251

А. П. Титов, Ш. А. Мухаметзянов (Казань). Разрыв мочевого пузыря, симулировавший картину острой почечной недостаточности

Спонтанные разрывы мочевого пузыря встречаются редко и трудно диагностируются. Мы наблюдали больного, у которого данная патология протекала под маской отравления грибами, осложненного острым панкреатитом с геморрагическим гастроэнтеритом и острой почечной недостаточностью. Истинная причина болезни была выявлена спустя 2 недели с момента заболевания.

П., 40 лет, 10/I 1970 г. после употребления алкогольных напитков и грибов почувствовал во время акта мочеиспускания резкие боли в животе. 11/I госпитализирован в центральную районную больницу с жалобами на рези при мочеиспускании, боли в эпигастрии, кровавую рвоту и кровянистый стул. Олигурия и дизурия продолжались с 11/I по 15/I 1970 г.

15/I доставлен в терапевтическое отделение республиканской больницы с диагнозом: отравление грибами. При поступлении состояние тяжелое, жалобы на боли в эпигастрии, тошноту, слабость.

Гем. 70 ед., Э. 4 080 000, Л. 20 800, п. — 10,5%, л. — 1,5%, м. — 1,5%; РОЭ 50 мм/час, клетки Тюрка — 1,5, токсическая зернистость лейкоцитов. Мочевина плазмы 269 мг%. Диастаза мочи по Вольгемуту +2048 ед.

Анализ мочи от 16/I: удельный вес 1011, белок 8,25‰, в осадке — единичные клетки плоского эпителия, эритроциты сплошь в поле зрения выщелоченные и единичные свежие, клетки почечного эпителия — 5—8.

На ЭКГ — синусовая тахикардия, отклонение электрической оси влево. Нарушение и замедление внутрижелудочковой проводимости.

В результате консервативного лечения (5% раствор глюкозы, плазма, 10% хлористый кальций, трасилол, гидрокортизон, сердечные, антибиотики) диурез стал нарастать: 17/I 600 мл, в последующие дни — 1,5; 2,0; 2,3 л. Но уровень мочевины плазмы повысился до 313 мг%, в моче большое количество свежих эритроцитов, удельный вес 1005—1009.

С диагнозом «уремия» больной 22/I переведен в 6-ю городскую больницу. При поступлении жаловался на умеренные разлитые боли в животе, боли в эпигастрии, тошноту, редкую икоту и рвоту, дизурические расстройства. Состояние больного тяжелое, на коже обильная уртикарная сыпь (аллергия к пенициллину). На верхушке сердца систолический шум, пульс 80, АД 105/80. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины не выражены.

Гем. 69,6 ед., Э. 2 970 000, Л. 18 000, п. — 28%, с. — 52%, л. — 18%, м. — 1%, э. — 1%.

Моча: уд. вес 1011, белок 5,06‰, в осадке до 20—25 лейкоцитов в поле зрения, эритроциты скоплениями до 80. Мочевина плазмы 330 мг%, калий 20,5 мг%, натрий 260 мг%.

В день поступления проведен 3-часовой вено-венозный гемодиализ на аппарате «Искусственная почка» ВНИИЭХАиИ, благодаря чему удалось добиться снижения