

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 мочево́й пузырь, 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, тестоватой консистенции; стенка кишки не изменена. Брюшную полость ушили наглухо, в полость мочевого пузыря вставили катетер Пещера, наложили послынные швы на операционную рану. Не выводя большого 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» ВНИИЭХАИ, благодаря чему удалось добиться снижения

уровня мочевины до 235 мг%. Калий плазмы — 15,5 мг%, натрий плазмы — 300 мг%, извлечено 74 г мочевины.

24/1 состояние больного ухудшилось — стали нарастать явления интоксикации, на следующий день пульс 120, икота, рвота, живот умеренно напряжен, резко болезненный во всех отделах, больше в левом подреберье и внизу живота. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный; дважды был жидкий стул.

Консилиум хирургов диагностировал гнойный перитонит. Больному предложена операция.

26/1 — лапаротомия. В брюшной полости большое количество жидкости, которая при исследовании оказалась мочой. На кишечнике гнойно-фибринозные наложения. При ревизии обнаружен разрыв мочевого пузыря размером 3×4 см, прикрытый петлей тонкого кишечника. Рана мочевого пузыря ушита двухрядным швом, контрапертуры в правой и левой подвздошных областях. Наложена мочепузырный свищ. Послеоперационный период осложнился пневмонией. Выздоровление.

Перед выпиской анализ крови без особенностей, незначительное снижение парциальных функций почек.

В описанном наблюдении напряжение мышц живота при акте мочеиспускания привело к разрыву переполненного мочевого пузыря. Развившаяся впоследствии азотемия и вялое течение перитонита загушевали клиническую картину «острого живота».

По нашему мнению, проведение перед операцией гемодиализа для снятия явлений азотемии способствовало выздоровлению больного.

УДК 616.327.2

**Т. Н. Леонтьева (Казань). Микрофлора носоглотки у детей при острых отоларингитах**

Под нашим наблюдением находилось 136 детей в возрасте от 2 месяцев до 12 лет. Для посева брали содержимое носоглотки из области хоан стерильным ватным тампоном путем проведения его за небную занавеску, засеивали на чашки с 5% кровяным агаром и в бульон Китта — Тароцци с 0,1% агар-агаром и инкубировали в термостате при 37° в течение суток. В первичных посевах носоглоточных выделений, как правило, обнаруживались смешанные культуры. Только в 15 наблюдениях из носоглотки были выделены чистые культуры микроорганизмов. Наиболее частыми обитателями носоглотки у детей являлись зеленящий (28,7%) и гемолитический (24,2%) стрептококки, энтерококк (22,8%), катаральный микрококк (20,6%) и белый стафилококк (15,4%).

Большинство штаммов стрептококка продуцировало фибринолизин и гиалуронидазу. Более половины штаммов гемолитического стрептококка обладало высокой ДНК-азной активностью, причем чаще всего в тех случаях, когда гемолитический стрептококк синхронно выделялся из носоглотки и из барабанной полости. При анализе антибиотикограмм констатирована высокая чувствительность стрептококков к пенициллину, эритромицину и левомицетину (80—100%).

Большинство штаммов золотистого стафилококка имело выраженную плазмокоагулазную, гиалуронидазную, фосфатазную, гемолитическую ферментативную активность. Более половины штаммов продуцировали ДНК-азу, лецитиназу, уреазу, обладали восстанавливающей активностью. Лишь у небольшого числа штаммов определялись липаза (5), положительная биопроба (3), желатиназа (2), амилаза (1).

Белый стафилококк встречался в носоглотке у детей в 2 раза чаще и почти во всех случаях продуцировал  $\alpha$ - и  $\Delta$ -гемолизины (19). Почти все штаммы обладали довольно выраженной гиалуронидазной способностью, уреазой, восстанавливающей и ферментативной активностью. Продукция плазмокоагулазы, ДНК-азы, лецитиназы, фосфатазы определялась значительно реже, чем у штаммов золотистого стафилококка (соответственно у 5; 5; 2 и 7 штаммов). При анализе антибиотикограмм выявлена довольно высокая чувствительность всех видов стафилококков к неомизину и мономицину более чем в 50%, белый стафилококк сохранял чувствительность также к левомицетину и эритромицину.

Одноименные микроорганизмы из среднего уха и носоглотки выделены в 48,8%, причем они были тождественны по своим биологическим свойствам и по чувствительности к антибиотикам.

Таким образом, стрептококковые и стафилококковые штаммы, выделенные из носоглотки, имели патогенные свойства. При понижении реактивности детского организма они могут стать причиной воспалительного процесса в среднем ухе.

УДК 616.24—002

**Ю. А. Осипов (Куйбышев-обл.). Динамика уровня меди в сыворотке крови больных пневмониями**

Микроэлементы относятся к числу важных химических факторов, играющих роль в жизнедеятельности организма, а также в патогенезе многих заболеваний.

Одним из жизненно важных микроэлементов, влияющих на процессы тканевого дыхания и кровотока, является медь.