

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 α - и Δ -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 кроветворения, является медь.

Изучению содержания Си в крови при пневмониях посвящены лишь единичные работы. Между тем именно при пневмониях, где имеются нарушения тканевых окислительных процессов, можно ожидать изменения обмена Си.

Мы исследовали содержание Си у 137 больных пневмониями (у 71 мужчины и 66 женщин). У 77 из них была острая форма и у 60 — обострение хронической. Контролем служили данные, полученные при определении уровня Си в сыворотке крови у 78 практически здоровых мужчин и 49 женщин (соответственно от 72,2 до 121,2 и от 73,9 до 134,3 мкг%). Пользовались методом Шмидта в модификации А. Г. Рахманкулова и И. А. Коптевой (1966). Исследование больных проводили при поступлении в стационар, перед выпиской и через 3 месяца.

У 77 больных острой пневмонией выявлена зависимость уровня Си в сыворотке крови от фазы заболевания.

В период разгара заболевания примерно у половины больных острой пневмонией (35) уровень Си в сыворотке крови был повышен до 150—160, а в отдельных случаях — до 180—200 мкг%. У остальных больных он оставался в пределах нормальных величин.

Среднее содержание Си в разгар заболевания составило у мужчин 124,6, а у женщин — 138,1 мкг%, что значительно выше нормы ($P < 0,001$).

В период клинического выздоровления, несмотря на нормальные показатели РОЭ и количества лейкоцитов, на улучшение рентгенологических данных, гиперкупремия все же сохранялась у значительного числа больных (у 26), хотя у 9 содержание Си нормализовалось. Средний уровень Си в этот период составлял у мужчин 117,7, у женщин — 124,6 мкг% ($P < 0,001$).

Контрольные исследования, проведенные у 56 чел. через 3 месяца после перенесенной острой пневмонии, выявили гиперкупремию у 18. Среднее содержание Си в этот период равнялось у мужчин 114,0, у женщин — 116,1 мкг%.

Таким образом, острая пневмония вызывает глубокие, весьма стабильные изменения в обмене Си.

Изучение Си в сыворотке крови больных хронической пневмонией при поступлении в стационар выявило гиперкупремию у 38 из 60 больных. У 9 больных гиперкупремия носила особо выраженный характер: содержание Си у них достигало 180—230 мкг%. В остальных случаях оно было, как правило, нормальным и в единичных — сниженным.

Средний уровень Си в этот период составил у мужчин 135,7, у женщин — 146,7 мкг% ($P < 0,001$).

Отмечена прямая зависимость изменений показателей Си от тяжести течения заболевания. Так, гиперкупремия была обнаружена почти у всех больных с легочным сердцем (у 26 из 30), в то время как при неосложненной хронической пневмонии уровень Си был чаще нормальным (у 18 из 30).

Перед выпиской из стационара у 29 больных содержание Си в сыворотке крови было все еще повышено (в пределах 150—154 мкг%), у 9 больных оно нормализовалось. Это обстоятельство обусловило и некоторое снижение среднего уровня Си (у мужчин — 125,4, у женщин — 131 мкг%).

Через 3 месяца средний уровень Си в сыворотке крови приближался к норме, сохраняясь тем не менее на повышенных цифрах (119,5 мкг% у мужчин и 128,2 мкг% у женщин, $P < 0,001$).

У больных хронической пневмонией, аналогично больным острой пневмонией, разгар заболевания также характеризуется гиперкупремией, удерживающейся длительное время. Изменения уровня сывороточной Си свидетельствуют, что данный тест является более тонким показателем затихания воспалительного процесса.

УДК 616.37—008.6—615.84

Доц. А. М. Корепанов (Ижевск). Влияние электрического поля УВЧ на секреторную функцию поджелудочной железы

В сложном процессе регуляции углеводного обмена большая роль принадлежит поджелудочной железе. В связи с широким применением в клинике внутренних болезней высокочастотной электротерапии на эпигастральную область представляется интересным выяснить ее влияние на углеводный обмен.

Мы изучали влияние однократных процедур УВЧ-терапии на уровень гликемии натощак и на сахарные кривые после двойной нагрузки глюкозой. Кроме того, исследовали гликемические кривые в связи с курсовым применением УВЧ-терапии. Процедуры делали в олиготермическом режиме на область поджелудочной железы поперечной методикой с помощью аппаратов УВЧ-4 и УВЧ-62 мощностью 30—40 вт электродами № 3 (воздушный зазор 3—5 см). Продолжительность сеанса при однократном воздействии была 30 мин., при курсовом (10—12 процедур) — 20—30 мин. Обследовано 229 больных в возрасте от 18 до 62 лет (мужчин — 114, женщин — 115). У 160 больных сахар крови определяли натощак до и после процедуры, у 44 проводили двукратное исследование сахарной кривой с интервалом в 2—3 дня, но при повторном исследовании вместе с первым приемом глюкозы (50 г) назначали сеанс электрического поля УВЧ на 30 мин. Остальных 25 чел. обследовали в процессе курсового применения указанной терапии, при этом другого лечения, кроме диеты (№ 1 и 5) и водных процедур (цирку-