

20/IV 1967 г. под интубационным чаркозом произведена резекция правого лоханочно-мочеточникового сегмента. При пальпации начального отдела мочеточника найдено уплотнение эластичной консистенции. Мочеточник вскрыт здесь продольно. Обнаружено мешковидное образование по внутренней поверхности просвета мочеточника, протяженностью 4 мм (клапан). Резецирован лоханочно-мочеточниковый сегмент совместно с клапаном протяженностью 1 см. Наложен анастомоз конец в конец на полиэтиленовом дренаже, выведенном через полость лоханки и средний бокал.

Удаленный сегмент имеет клапаноподобное строение, створку его образует выпячивающаяся слизистая.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 14-е сутки, инкрустации трубки не отмечено. Щ. выписан на 22-е сутки после операции.

Контрольное исследование через 3 месяца. Жалоб нет.

Анализ мочи из правой почки: эритроцитов 1—4, лейкоциты 2—3 в поле зрения.

Внутривенно введенный индигокармин выделился из левого устья на 3-й мин., из правого — на 6-й, хорошей струей.

Контрольная восходящая пиелограмма показала, что проходимость лоханочно-мочеточникового сегмента восстановлена, просвет его 5 мм.

УДК 618.31—611.663

Б. Л. Басин и Г. Т. Щербатенко (Омск). К диагностике шеечной беременности

Изучение материалов гинекологических стационаров Омска за последние два десятилетия позволило установить, что из 13 женщин с шеечной беременностью, подвергнутых в последующем оперативному лечению, первичный диагноз оказался достоверным только у 4. У остальных шеечная беременность была принята за нормальную маточную беременность (у 5), за неполный аборт (у 3), за гематоцервикс (у 1).

В литературе описываются случаи, когда маточное кровотечение в связи с шеечной беременностью рассматривалось как следствие шеечного аборта, предлежания детского места, перфорации матки и т. д.

Наиболее часто шеечную беременность принимают за нормальную маточную и производят инструментальное опорожнение матки, а последующее кровотечение из бывшего плодовместилища (цервикального канала) расценивают как проявление послеабортной атонии матки. Из 5 женщин одна погибла от перитонита на 7-е сутки, несмотря на экстирпацию матки.

Хотя в первые недели диагностика шеечной беременности встречает известные трудности, уже к 7—8-й неделе удается выявить ряд клинических признаков, не характерных для нормальной маточной беременности. При повторных осмотрах такие симптомы становятся еще более отчетливыми.

Наиболее типичны изменения шейки матки (патологического плодовместилища). Она становится бочкообразной или принимает форму усеченного конуса. Иногда она полушаровидна, опускается в просвет влагалища или оказывается как бы сглаженной, с наружным зевом в виде вдавленного отверстия. Консистенция шейки эластически-тестообразная. Половина влагалищной части шейки матки сохраняет почти обычную окраску слизистой и плотно-эластическую консистенцию, другая же сторона, в которую происходит рост плодного яйца, приобретает вид сине-багрового опухолевидного образования. Наружный зев шейки матки при этом располагается эксцентрично. Край его истончен, а при попытке исследующего ввести палец легко растягиваются, появляется ярко-красная кровь.

Нами замечено, что при шеечной беременности после инструментального удаления плодного яйца при плотном теле матки шейка остается атоничной (дряблой), не сокращается, свисает во влагалище. Из растянутого наружного зева продолжается кровотечение яркой кровью. Характерна легкая ранимость шейки от накладываемых кулевых щипцов. Ни повторные выскабливания, ни тампонада плодовместилища чаще всего не останавливают кровотечение.

Знакомство врача со своеобразием состояния шейки матки после прерывания шеечной беременности может помочь ему избежать ошибки в распознавании истинной атонии матки после искусственного или самопроизвольного аборта.

УДК 612.111.11—612.642

Е. М. Голубева (Саратов). Содержание фетального гемоглобина у детей в течение первого года жизни

Исследование фетального гемоглобина было проведено методом щелочной денатурации (Е. Е. Бадюк, 1960) у 148 здоровых доношенных детей в течение первого года жизни. Было установлено, что относительное содержание фетального гемоглобина у детей при рождении составляло в среднем 68,8%. В течение первых месяцев жизни наблюдалось интенсивное снижение уровня общего гемоглобина (с 21,3 г% при рождении до 11,4 г% к 4 месяцам жизни).

Уровень фетального гемоглобина в крови детей за этот же период уменьшался примерно на 4% в неделю, и в возрасте 4 месяцев составлял в среднем 9% по отношению к общему гемоглобину. В возрасте 1 года относительное содержание фетального гемоглобина в крови равнялось в среднем 3,5%. С уменьшением фетального гемоглобина в крови детей увеличивалось содержание гемоглобина взрослого. Однако уменьшение в крови фетального гемоглобина в первые 4 месяца жизни значительно преобладало над образованием гемоглобина взрослого. В возникновении физиологической анемизации детей в первые месяцы жизни имеет значение неуравновешенность процессов распада и образования гемоглобина в результате смены фетального гемоглобина на гемоглобин взрослого.

УДК 616.6—612.015.348

Р. Н. Замалетдинов (Йошкар-Ола). Значение определения сиаловых кислот и реакции Вельтмана в урологической практике

У больных с хроническим пиелонефритом, аденомой простаты, калькулезным пиелонефритом и мочекаменной болезнью содержание сиаловых кислот в крови повышено, а коагуляционная лента Вельтмана укорочена. Эти изменения наиболее выражены у больных с инфицированной мочой. Увеличение уровня сиаловых кислот в крови таких больных можно объяснить вовлечением в воспалительный процесс соединительнотканной стромы почек. Очевидно, чем обширнее воспалительный процесс, тем больше соединительной ткани вовлекается в процесс и тем выше содержание сиаловых кислот в крови.

Наряду с увеличением содержания сиаловых кислот в крови и укорочением ленты Вельтмана отмечается увеличение уровня α_2 -глобулиновых фракций.

У больных с хроническим пиелонефритом в фазе ремиссии и после лечения содержание сиаловых кислот и α_2 -глобулинов пришло к норме, а также удлинилась до нормы коагуляционная лента Вельтмана. У больных с мочекаменной болезнью, несмотря на существенное повышение сиаловых кислот и укорочение ленты Вельтмана, увеличение α_2 -глобулинов отсутствует.

Таким образом, уровень сиаловых кислот и реакция Вельтмана дают возможность судить об обширности воспалительного процесса и эффективности проводимого лечения.

УДК 611.675

В. И. Жданова (Ижевск — Казань). Возрастные изменения рецепторов клитора

Учитывая отсутствие исследований по иннервации клитора в возрастном аспекте, мы предприняли изучение изменения концевых нервных аппаратов клитора человека в онтогенезе. Материалом служили кусочки клитора, взятые от трупов женщин различного возраста в первые 24 часа после смерти. Всего использовано 76 объектов.

Были применены следующие методики: импрегнация азотнокислым серебром по Гроссу — Шультце замороженных срезов из объектов, фиксированных в 12% растворе нейтрального формалина; импрегнация азотнокислым серебром в сочетании с реакцией Фельгена по К. К. Сергееву (1965); выявление фосфолипидов черным суданом В; выявление жирных кислот по Фишлеру в модификации К. К. Сергеева (1968).

К моменту рождения в клиторе формируются нервные окончания типа кустиков; отдельные тонкие их терминалы направляются к эпителию, образуя нежное подэпителиальное нервное сплетение, редко встречаются простые инкапсулированные клубочки и формирующиеся тельца Фатера — Пачини, пластинки наружной капсулы которых выступают нечетко. К 5 месяцам жизни количество телец Фатера — Пачини в клиторе увеличивается, они более сформированы: в некоторых тельцах четко виден осевой цилиндр, концентрически наслаивающиеся друг на друга пластинки наружной капсулы.

Инкапсулированные клубочки более полно формируются к 1 году, достигая 37 μ к в поперечнике. Постепенно разветвляются их рецепторные терминалы. Четко выступает толстое претерминальное нервное волокно, входящее в капсулу клубочка. Между витками клубочка на срезе можно сосчитать до 17 специальных клеток.

Рецепторный аппарат клитора достигает полной дифференцировки к моменту полового созревания.

Рецепторы всех типов (тельца Фатера — Пачини, инкапсулированные клубочки, свободные нервные окончания, генитальные тельца) имеют наибольшую величину и сложность строения в половозрелый период (от 16 до 50 лет). В этот период в них самое большое количество специальных клеток; нейроплазма содержит наибольшее количество жирных кислот, фосфолипидов, наиболее аргирофильна.

После 50 лет количество рецепторов и их сложность постепенно уменьшаются. Все вышеуказанные реакции становятся все менее выраженными, что, очевидно, связано с угасанием половой функции.