

поджелудочной железы; кроме того, у 1 больного пришлось прибегнуть к вынужденному дренированию неудаляемой кистозно перерожденной раковой опухоли.

Наружное дренирование панкреатических кист показано при тяжелом общем состоянии больных, а также тогда, когда другие операции противопоказаны или невыполнимы (свежие кисты с распадом ткани железы, небольшие глубоко расположенные кисты, особенно головки железы, и т. д.). Теневую сторону дренирования представляет возможность рецидива кисты и длительного существования панкреатического свища.

За последние 10 лет под нашим наблюдением было 9 больных, оперированных ранее в других хирургических учреждениях и поступивших в Институт хирургии с длительно не заживающими наружными панкреатическими свищами. Образование свищей было следствием вскрытия и дренирования кист поджелудочной железы либо операций по поводу острого панкреатита, резекции желудка при низко расположенных дуоденальных язвах, а также закрытых травм живота. В противоположность активной хирургической тактике при кистах поджелудочной железы, при панкреатических свищах мы применяем комплекс консервативных мероприятий, включающий жировую диету по Вольгемуту, внутривенное введение ингибиторов трипсина, при необходимости рентгенотерапию. Благотворное влияние на заживление панкреатических свищей оказывает введение в свищи йодистых препаратов, в частности используемого для фистулографии йодлипола [5]. При подобной консервативной энергичной комплексной терапии ни в одном случае не возникло необходимости в операции по поводу наружных панкреатических свищей.

### ВЫВОДЫ

1. Установление диагноза кисты поджелудочной железы является прямым показанием к оперативному лечению. Каждый из оперативных методов — удаление кисты, внутренний и наружный дренаж — имеет определенные показания в зависимости от общего состояния больного, величины, локализации и характера кисты.

2. Наиболее радикальное вмешательство — удаление кисты. Резекция поджелудочной железы показана в основном при кистах, локализующихся в области тела и хвоста железы. Абсолютные показания к этой операции возникают при подозрении на опухолевую природу кисты.

3. Из различных методов внутреннего дренажа кисты наиболее надежной и безопасной является цистогастростомия. Операция цистогастротомии физиологически не обоснована и опасна возникновением острых язв желудка и кровотечения.

4. При тяжелом состоянии больного, а также при отсутствии технических условий для удаления или внутреннего дренирования кисты показано наружное дренирование ее полости.

5. При свищах поджелудочной железы различного происхождения следует прибегать к комплексной консервативной терапии, включающей жировую диету, применение трипсинола, введение в свищевой ход йодистых препаратов, а при необходимости — рентгенотерапию.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Вилявин Г. Д., Саркисов Д. С., Даутова Т. Т. *Вопр. онкол.*, 1965, 12.—
2. Виноградов В. В. *Опухоли и кисты поджелудочной железы*. Медгиз, М. 1959.—
3. Волков П. Т. *Клин. хир.*, 1965, 12.— 4. Гельфер А. П. *Клин. хир.*, 1965, 5.—
5. Гришкевич Э. В. *Клин. мед.*, 1964, 5.— 6. Мельников А. В. *Хирургия*, 1952, 2.— 7. Русаков В. Н. и Стародубова Л. Н. *Хирургия*, 1965, 10.—
8. Ehrlich E. W., Gonzales-Lavin Z. *Arch. Surg.*, 1966, 93, 6, 996.— 9. Jurasz A. *Clin. Chir.*, 1946, 17, 24.— 10. Höbscher B., Franke H. *Zbl. Chir.*, 1965, 90, 27, 1609.— 11. Hockworth P. a. o. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1963, 117, 3, 327.—
12. Maxeiner S. R. Jr., Maxeiner S. R. *Surgery*, 1950, 27, 919.— 13. Mörl F. K. *Zbl. Chir.*, 1964, 89, 45, 1698.— 14. Warren K. W. a. o. *Ann. Surg.*, 1966, 163, 6, 886.— 15. Zaoussis A. Z. *Ibid.*, 1953, 138, 13.

УДК 616.24—002—612.017

## ЛИЗОЦИМ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

В. А. Новикова и С. А. Моисеева

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. доц. В. А. Новикова) Горьковского  
медицинского института им. С. М. Кирова*

Изучение неспецифической реактивности детского организма при хронической пневмонии имеет большое теоретическое и практическое значение, поскольку тяжесть и особенности течения хронической пневмонии определяются прежде всего состоянием защитных сил детского организма. Известно, что лизоцим является одним из важных факторов естественного иммунитета [2, 5, 6, 8].

Мы посвятили свое исследование изучению титра лизоцима в сыворотке крови при хронической пневмонии у детей. Определение содержания лизоцима проводили по общепринятому косвенному методу, основанному на высокой чувствительности к воздействию лизоцима *Micrococcus lysodeik.* Титр лизоцима устанавливали по максимальному разведению, при котором еще наблюдалось полное растворение стандартной взвеси бактерий.

Изучение титра лизоцима у 38 здоровых детей в возрасте от 1 года до 12 лет позволило принять за норму колебания титра в пределах 1/40—1/80 (2,5—1,25).

Нами было обследовано 92 ребенка в фазе обострения хронической пневмонии и 27 детей в периоде ремиссии (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение детей по возрасту в зависимости от стадии и фазы процесса**

Стадия болезни	Фаза процесса	Число детей в возрасте			Всего детей
		от 1 года до 3 лет	от 3 до 7 лет	от 7 до 12 лет	
I	Обострение	27	36	8	71
	Ремиссия	1	14	8	23
II	Обострение	5	10	6	21
	Ремиссия	—	1	3	4

В каждой стадии мы выделили легкие формы, среднетяжелые и тяжелые, а по характеру течения обострения различали случаи вялого затяжного течения и течения по типу острой пневмонической вспышки.

Из 92 детей с I и II ст. хронической пневмонии обострение по типу острой пневмонической вспышки с высокой температурой, выраженной интоксикацией и рентгенологической картиной пневмонической инфильтрации в легких, наблюдалось у 56 детей, у 36 обострение протекало вяло, без выраженных явлений интоксикации. Преобладающими формами были среднетяжелые (у 63 детей), легкая форма отмечена у 13, тяжелая — у 16.

У трети детей обострение хронической пневмонии протекало с явлениями бронхальной астмы, у 55 были различные заболевания носоглотки.

Динамика средних показателей титра лизоцима в сыворотке крови в зависимости от стадии процесса и характера течения обострения представлена в табл. 2.

Таблица 2

**Титр лизоцима при хронической пневмонии**

Стадия	Характер обострения	Число детей	Титры лизоцима (минимальный — максимальный)	M ± m			t
				разгар обострения	улучшение	ликвидация обострения	
I	По типу острой пневмонии	50	10—1,25	7,108 ± 0,394	6,42 ± 0,522	5,27 ± 0,454	3,1
	Течение вялое . . .	21		7,260 ± 0,63	5,952 ± 0,60	5,025 ± 0,517	2,7
II	По типу острой пневмонии	6	10—1,25	8,33 ± 1,054	4,58 ± 1,189	5,21 ± 1,594	1,1
	Течение вялое . . .	15		6,9 ± 0,801	6,07 ± 1,012	4,25 ± 0,611	2,6

В период разгара обострения у всех детей титр лизоцима был значительно снижен. Под влиянием комплексного лечения при стихании воспалительного процесса в легких уровень лизоцима в сыворотке крови несколько повышался, однако и перед выпиской не достигал нормы.

У части детей мы наблюдали снижение лизоцима после подъема его в период улучшения. Снижение лизоцима у этих детей, как правило, происходило за несколько дней до присоединения интеркуррентных заболеваний, осложнений или обострения воспалительного процесса в легких.

В табл. 3 приведены средние значения титра лизоцима в зависимости от тяжести обострения хронической пневмонии.

Таблица 3

Титр лизоцима в зависимости от тяжести обострения хронической пневмонии

Форма обострения по тяжести	Число детей	Титры лизоцима (минимальный — максимальный)	M ± m		t
			разгар обострения	ликвидация обострения	
Тяжелая . . . . .	16	10—1,25	8,076 ± 0,702	5,192 ± 0,823	2,6
Среднетяжелая . . . . .	63		7,06 ± 0,378	4,88 ± 0,366	4,1
Легкая . . . . .	13		7,5 ± 0,757	4,765 ± 0,723	2,6

При всех формах обострения средние титры лизоцима были значительно снижены, особенно при тяжелом течении. При легких и среднетяжелых формах средние титры лизоцима были несколько выше. К моменту снятия обострения лизоцим имел тенденцию к повышению.

Мы не выявили достоверных изменений уровня лизоцима в сыворотке крови в зависимости от характера обострения и тяжести его. Вместе с тем колебания титра лизоцима в зависимости от активности воспалительного процесса в легких (разгар обострения — ликвидация обострения) достоверны ( $t=2,6-4,1$ ).

Дети, обследованные в период ремиссии (27), поступали в больницу для профилактического противорецидивного лечения. I ст. была у 23 детей, II — у 4. У всех детей температура длительно была нормальной, анализы крови и рентгенография грудной клетки не обнаруживали патологических изменений. У 20 детей титр лизоцима в фазу ремиссии был снижен до 1/10—1/20. Нормальные цифры лизоцима были отмечены у 7 детей. Средний титр лизоцима ( $M \pm m$ ) у детей с хронической пневмонией в фазе ремиссии составлял  $5,972 \pm 0,598$ , т. е. был несколько ниже, чем в период клинической ликвидации обострения.

Полученные данные свидетельствуют, что и в период ремиссии реактивность детского организма остается значительно сниженной.

## ВЫВОДЫ

1. У детей в I и II ст. хронической пневмонии в фазе обострения значительно снижен титр лизоцима в сыворотке крови. Он остается сниженным и в период стихания воспалительных изменений в легких.
2. Уровень лизоцима в сыворотке крови при обострении хронической пневмонии не зависит от стадии процесса, характера обострения и тяжести его.
3. В фазу ремиссии хронической пневмонии средний уровень лизоцима снижен и не отличается существенно от уровня лизоцима у детей с хронической пневмонией в период стихания воспалительных изменений в легких.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аверьянова Л. Л. и Фидельман Е. С. Антибиотики, 1964, 5.—2. Аршавский И. А., Рысина Е. Б., Соколова К. Ф. Педиатрия, 1949, 6.—3. Балашов Б. И. Педиатрия, 1966, 6.—4. Голосова Т. Е., Скуркович Г. В., Шендерович В. А., Аникина Т. П. Антибиотики, 1965, 5.—5. Ермольева З. В. Успехи современной биологии, 1938, т. IX, в. 1.—6. Ермольева З. В. и Буяновская И. С. Сов. мед., 1940, 7.—7. Медикян Г. А., Кондобская Р. М. Стоматология, 1949, 4.—8. Fleming A. Proc. roy. Soc. B., 1922, 94, 306.

УДК 616.728.2—002.5—616—089

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА

Канд. мед. наук А. А. Беляков

Саранская 3-я горбольница (главрач — В. В. Журавлев)

Нами проанализированы отдаленные исходы оперативного лечения 52 больных туберкулезным кокситом, лечившихся в отделениях травматологии и ортопедии городской и республиканской больниц г. Саранска в 1956—1967 гг. Мужчин было 16, женщин — 36. В возрасте до 40 лет было 30 больных и старше — 22, с давностью за-