

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-

болевания от 1 до 3 лет — 2 больных, от 3 до 5 лет — 2, от 5 до 10 лет — 19 и более 10 лет — 29. У 2 больных были длительно не заживающие свищи и у 1 — натечный абсцесс.

Всем больным до операции проводили курс антибактериальной терапии: стрептомицин+ПАСК, фтивазид+ПАСК или стрептомицин+фтивазид.

Все операции производили под эндотрахеальным наркозом. Во время операции и после нее переливали кровь, белковые препараты.

Радикально-профилактических некрэктомий сделано 2; артрорезов — 3; экономных резекций — 29 (4 из них выполнены с дополнительным подвздошно-вертельным артрорезом, 2 с одновременной фистулотомией и 1 с абсцессотомией); реконструктивных резекций — 13; артропластик — 2 и подвертельных остеотомий — 3.

Радикально-профилактические некрэктомии произведены у 2 больных с первично-туберкулезным оститом в верхней полуокружности впадины. Примененное нами хирургическое вмешательство заключалось в трепанации кости над туберкулезным очагом и экономном его удалении. Во время операции мы часто обнаруживали в туберкулезных фокусах грануляции, казеозные массы и костные секвестры. Оставшуюся после оперативного вмешательства костную полость обрабатывали сухим стрептомицином и пенициллином и рану послойно ушивали наглухо. Накладывали кокситную гипсовую повязку на один месяц, а затем шину Шулуто.

В постартритической фазе заболевания у 3 больных нами произведен артрорез. У всех этих больных анатомические соотношения в суставе были почти полностью сохранены, но отсутствовал суставной хрящ в области головки и вертлужной впадины. Артрорез производили по обычной методике, суставные поверхности обрабатывали сухим стрептомицином и пенициллином. Конечность фиксировали кокситной гипсовой повязкой на 3—4 месяца.

Экономная резекция тазобедренного сустава осуществлена у 29 больных с длительным торпидным течением процесса без склонности к стойкому затиханию и анкилозирванию. Операции производили в артритической и постартритической фазах вне обострения. У 25 больных эта операция произведена по методике К. Е. Покотилова, а у 4 из-за несоответствия головки величине вертлужной впадины пришлось прибегнуть к дополнительному подвздошно-вертельному артрорезу мощным аутооттрансплантатом, взятым из бокового отдела проксимального конца бедренной кости. Кроме того, у 2 больных произведено вскрытие свищевых ходов, их укорочение и тампонада йодоформ-вазелиновой эмульсией, а у 1 — абсцессотомия. На операционном столе добивались неподвижности сустава в положении сгибания 20—30° и отведения 5—10°. Резецированные поверхности обрабатывали сухим стрептомицином и пенициллином и после послойного ушивания послеоперационной раны накладывали кокситную гипсовую повязку на 2,5—3 месяца, после чего производили контрольный осмотр. После первой смены гипсовой повязки сустав обычно был неподвижен или определялись легкие качательные движения. Сустав вновь фиксировали гипсовой повязкой, и больному разрешали ходить на костылях, нагружая ногу. Фиксация продолжалась 5—6 месяцев, а затем больным рекомендовалось носить съемный тугор.

У оперированных нами 13 больных, перенесших туберкулезный коксит, степень деструктивных изменений в тазобедренном суставе была самой разнообразной. У 9 больных головка и шейка бедренной кости полностью отсутствовали, проксимальный отдел бедренной кости был смещен по наружной поверхности тазовой кости вверх, на месте их соприкосновения образовался экстраартикулярный псевдоартроз, вертлужная впадина была уплощена. У 4 больных вместо шейки определялся шиловидный выступ, удерживавшийся рубцами в верхнем отделе вертлужной впадины, которая была мелкой, с рубцовой и грануляционной тканью и очагами деструкции. Гистологическое исследование этих тканей подтверждало наличие специфического процесса.

При операциях у этих больных мы пользовались доступом по Смиту — Петерсену, затем желобоватым долотом сбивали в верхней половине большого вертела (полукружнo спереди назад) остеопериостальную пластинку, которая в заднем отделе сохраняла связь с надкостницей, а сверху — с прикрепляющимися мышцами. Проксимальный отдел бедренной кости освобождали от спаек и рубцов. Вертлужную впадину очищали от рубцовой и грануляционной ткани, попадавшие очаги деструкции выскабливали острой ложечкой. Углубляли суставную впадину при помощи шариковой электрофрезы. Затем, после предварительной обработки, низводили большой вертел в вертлужную впадину. Этот этап операции облегчался предварительным сбиванием большого вертела с прикрепляющейся к нему большой поясничной мышцей, а также пересечением сухожилий аддукторов. После внедрения большого вертела в вертлужную впадину мы тщательно подшивали с натяжением к верхней части бедренной кости предварительно сбитую с верхушки большого вертела остеопериостальную пластинку. Рану послойно ушивали наглухо. Накладывали кокситную гипсовую повязку с фиксацией здорового тазобедренного сустава до колена. Здоровую конечность освобождали от гипсовой повязки через 2 месяца, а первую смену гипсовой повязки оперированной конечности производили через 3 месяца. Затем повторно накладывали гипсовую повязку. По истечении 6 месяцев после операции рекомендовали носить съемный тугор в течение года.

Артропластика тазобедренного сустава произведена нами у 2 больных с затихшим туберкулезным кокситом с исходом в фиброзный анкилоз: у больной, перенесшей двух-

сторонний коксит, и у больного, у которого конечность находилась в порочном положении. Конечностями больные не пользовались. Они были в возрасте 28 и 55 лет. Мы ставили перед собой задачу восстановить функции тазобедренного сустава как с точки зрения движения в нем, так и с точки зрения создания опороспособности. В одном случае мы в качестве прокладки использовали широкую фасцию бедра, а в другом — аутокожу, взятую с передней поверхности брюшной стенки. В послеоперационном периоде мы на оперированную конечность накладывали кокситную гипсовую повязку до коленного сустава и производили скелетное вытяжение спицей за бугристость большеберцовой кости с грузом 5—6 кг. Гипсовую повязку и скелетное вытяжение снимали через 3 недели, а в дальнейшем проводили лечение с помощью балканской рамы и специальных блоков, физиотерапии и массажа. Нагрузку на оперированную ногу решали через 11—12 месяцев.

У 3 больных при хорошем костном анкилозе в порочном положении конечности и полном клинско-рентгенологическом излечении туберкулезного процесса нами произведена корригирующая подвертельная остеотомия. После операции накладывали кокситную гипсовую повязку на 3 месяца. Обычно к этому времени на рентгеновских снимках была видна хорошая костная мозоль.

Всем больным в послеоперационном периоде назначали антибактериальную терапию. Количество антибиотиков и длительность терапии определялись стадией болезни и морфологическими изменениями в суставе. В послеоперационном периоде больные получали обычно 35,0—45,0 стрептомицина и столько же фтивазида; им переливали кровь, белковые препараты, назначали белковую диету.

Отдаленные результаты оперативного лечения туберкулезного коксита прослежены у всех 52 больных (длительность наблюдения — от 6 месяцев до 11 лет). Тщательно проведенная обработка суставных элементов и остаточных очагов, рассечение свищей и их укорочение, а также радикальное удаление натечных абсцессов привели к полному выздоровлению. Восстановление правильных соотношений с хорошей адаптацией суставных элементов при резекции способствовало стабилизации и хорошей опорности конечности с исходом в костный анкилоз. Анкилоз после артротомии развивался через 3—4 месяца, после экономной резекции — через 4—6 месяцев, после реконструктивной — через 6—7 месяцев. У 45 больных получен хороший функциональный результат (они не предъявляют жалоб, при сидении не испытывают неудобства, походка у них нормальная).

После артропластики тазобедренного сустава у 2 больных результаты были благоприятными. Одна больная при двухстороннем туберкулезном коксите вполне удовлетворительно передвигается с помощью костылей, безболезненно нагружает оперированную конечность. У больного при одностороннем коксите движения в восстановленном суставе в полном объеме, он полностью нагружает оперированную конечность со страховкой костылями. Больные довольны результатами.

У 3 больных после корригирующей подвертельной остеотомии по поводу комбинированного гибельно-приведенного положения конечности исходы лечения были хорошими. Почти полностью были устранены функциональные укорочения и создана хорошая опорность конечности.

Большое количество больных, которые длительное время до операции не работали, приступили к работе и полноценно ее выполняют.

Таким образом, оперативное лечение деструктивных форм туберкулезного коксита с применением в пред- и послеоперационном периоде антибактериальной терапии приводит к окончательному излечению местного туберкулезного процесса, восстановлению опорности конечности, повышает степень трудоспособности больных и расширяет диапазон выбора профессий.

УДК 611.718.1—616.71—001.5

О РАННЕЙ НАГРУЗКЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

А. Н. Каралин

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)

Консервативное лечение переломов таза в настоящее время имеет два направления. С одной стороны, широко применяется, хорошо отработано и имеет много сторонников так называемый «консервативно-пассивный» метод, отражающий стремление сочетать максимальный покой с ранней функцией при поздней нагрузке. Ему противопоставляется «консервативно-активный» (или активно-двигательный) метод: сочетание ранней функции с ранней нагрузкой при некоторых видах переломов таза.

Активно-двигательный метод лечения основывается на том, что, несмотря на более или менее выраженную деформацию тазового кольца, после перелома таза достигается хороший функциональный результат.