

делали перевязки с обильным и частым промыванием послеоперационной раны растворами перекиси водорода, марганцевокислого калия, ферментов.

8/VII общее состояние резко ухудшилось. Температура повысилась до 38°. Отек и гиперемия кожи распространились на грудь. При пальпации шеи и верхнего отдела грудной клетки выявляется крепитация. Из послеоперационных ран обильно выделяется гной с пузырьками газа. Для лучшего оттока гноя расширена рана в подчелюстной области. АД упало до 8/4 кПа, пульс 160 уд. в 1 мин. Произведена венесекция. Введены полиглобулин, гидрокортизон, комплекс витаминов, эуфиллин, хлористый кальций, кордиамин, глюкоза, кокарбоксилаза, противогангренозная сыворотка. Через 30 мин АД 12/9,3 кПа, через 5 ч — 16/10,7 кПа. В дальнейшем продолжалась интенсивная терапия, которая включала кровезаменители, сердечные средства, витамины, мочегонные и другие препараты по показаниям; введение противогангренозной сыворотки.

9—10/VII общее состояние продолжает ухудшаться. Интенсивная терапия проводится в полном объеме. 11/VII состояние больного крайне тяжелое. Он с трудом вступает в контакт. Тоны сердца глухие, отмечается некоторое увеличение границ сердечной тупости. АД 16/10,7 кПа, пульс 120 уд. в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения. В легких — ослабленное дыхание, разнокалиберные влажные хрипы. В 11 ч из послеоперационной раны открылось кровотечение. Проведен гемостаз. В 15 ч сознания нет. Пульс не прощупывается. Дыхание Чейна—Стокса. В 15 ч 30 мин наступила смерть.

Заключение патологоанатома: острый остеомиелит нижней челюсти; газовая гангрена подбородочной, подчелюстной областей шеи, передней поверхности верхней трети грудной клетки; передний медиастинит; двусторонний гнойно-геморрагический плеврит; двусторонняя очаговая нижнедолевая пневмония; дистрофические изменения и венное полнокровие внутренних органов.

Больные с воспалительными процессами челюстно-лицевой локализации поступали, как правило, в крайне тяжелом состоянии, с уже развившимися серьезными осложнениями в виде сепсиса, медиастинита, пневмонии, менингита, абсцесса или отека мозга, причем до поступления в отделение они либо не получали лечения, либо их лечили консервативными методами.

УДК 617.553—005.1—076.3:616—008.853.2

Ш. Г. Сатдаров (Казань). Прогностическое значение уровня лимфоцитов в крови при забрюшинных кровоизлияниях

Для определения реакции лимфатической системы с учетом ее повреждения при тяжелых сочетанных травмах с забрюшинными кровоизлияниями нами изучены истории болезней 62 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении по поводу закрытой травмы живота.

У 53 больных была выявлена лимфопения, выраженность которой зависела от тяжести состояния больного, локализации и распространенности забрюшинной гематомы. Тотальная забрюшинная гематома, заполнившая все забрюшинное пространство от тазовых костей до диафрагмы с двух сторон, наблюдалась у 37 больных; при этом показатели лимфоцитов были наименьшими — от 2 до 8%. При правосторонней локализации гематомы у 10 больных лимфопения составляла от 5 до 14%, т. е. была менее значительной, чем при тотальных гематомах, но более выраженной, чем при левосторонней их локализации (от 12 до 18%), что связано, вероятно, с топографоанатомическими особенностями грудного протока.

У больных, у которых заболевание привело к смертельному исходу (11 чел.) число лимфоцитов еще больше уменьшилось или же оставалось предельно малым — от 2 до 5%; у остальных 42 больных количество лимфоцитов через 2—3 сут увеличилось и при выписке из стационара приближалось к норме. Увеличение лимфоцитов сопровождалось также последующим улучшением общего состояния, нормализацией содержания эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и лейкоцитов.

У 9 больных, у которых лимфопения отсутствовала, травма и забрюшинная гематома были относительно не тяжелыми.

Следовательно, лимфопения может иметь диагностическое и прогностическое значение (в совокупности с другими клиническими и лабораторными данными) в экстренной хирургии и травматологии.

УДК 616.718—053.9—001.5—07:612.398.132

Проф. Г. М. Николаев, А. Н. Гаджиев, И. Х. Гарифуллин (Казань). Содержание сульфгидрильных групп крови у лиц пожилого и старческого возраста при переломах длинных трубчатых костей

Нами проведено исследование содержания сульфгидрильных (SH-) групп крови по модифицированной методике В. В. Соколовского у 98 пострадавших с переломами длинных трубчатых костей в возрасте от 60 до 90 лет и старше. Концентрацию SH-групп определяли в динамике — в день поступления в клинику и на 2—4—5—10—15—30—45-й дни госпитализации.

В норме содержание SH-групп в цельной крови у лиц молодого возраста колеба-