

спасек, идущих от селезенки, применена у 4 детей; у остальных брюшная полость была защита наглухо после введения антибиотиков.

После операции детям назначали антибиотики, кислород, раннюю дыхательную гимнастику; проводили мероприятия по нормализации электролитного, водного и белкового балансов. У 4 больных в послеоперационном периоде развилась пневмония; у 1 — эвентрация кишечника, у 1 — расхождение поверхностных слоев раны и у 1 — почечная олигурия. Летальных исходов при изолированных повреждениях селезенки не было.

Отдаленные результаты проверены у 28 больных: в сроки от 2 до 5 лет — у 8, от 5 до 10 лет — у 6, от 10 до 15 лет — у 9 и от 15 до 18 лет — у 5. Возраст пациентов в момент обследования колебался от 8 до 30 лет. 16 чел. заняты учебой или умственным трудом, 12 — физическим. 24 обследованных жалоб не предъявляют, 4 жалуются на непостоянные боли в левом подреберье, чаще при физических нагрузках, 2 из них страдают головными болями, 2 указывают на раздражительность и усиленную потливость. 2 больных перенесли операции по поводу спаечной непроходимости и послеоперационной грыжи. Послеоперационный рубец у всех был прочным и безболезненным, у 6 обследованных ниже и медиальнее горизонтальной части рубца отмечено небольшое снижение тактильной и болевой чувствительности, что связано с пересечением ветвей нервов передней брюшной стенки. У обследованных пациентов предрасположения к инфекционным или гнойно-септическим заболеваниям не выявлено. У 2 после спленэктомии были переломы костей конечностей, однако замедления консолидации переломов не установлено.

Отклонения со стороны крови были у 11 чел. Отмечено некоторое снижение уровня гемоглобина и количества эритроцитов, в среднем до 4 200 000. Цветной показатель у всех обследованных оставался нормальным. Общее количество лейкоцитов было нормальным у всех, за исключением 2 пациентов, у которых оно достигало 12 400 и 10 100. У трети обследованных была эозинофилия (в среднем 7%) и умеренный моноцитоз (9—10%). Количество лимфоцитов у большинства обследованных находилось на верхних границах нормы. Умеренная нейтрофилопения констатирована у 18 пациентов. Показатели РОЭ были нормальны у всех обследованных больных.

ВЫВОДЫ

1. Основной причиной изолированного повреждения селезенки у детей является непосредственный удар в область левого подреберья; наиболее частая локализация повреждений — выпуклая поверхность органа; существует некоторая зависимость между механизмом травмы, локализацией и характером повреждений.
2. Наиболее достоверные признаки повреждения селезенки — локальная болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в области левого подреберья, иррадиация болей в левое надплечье, симптом Щеткина-Блюмберга и наличие притупления слева.
3. Операцией выбора является спленэктомия, предпочтительный способ обезболивания — ингаляционный наркоз, наиболее рациональный доступ — верхне-срединная лапаротомия с добавлением поперечного или косо-го разреза влево.
4. Удаление селезенки у детей не влияет на их умственное и физическое развитие. Незначительные отклонения в системе крови не служат препятствием для нормальной жизнедеятельности пациентов.

УДК 616.348—002

О ЗАТЯЖНОМ ТЕЧЕНИИ КИШЕЧНЫХ КОЛИИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Доктор мед. наук Е. В. Белогорская, канд. мед. наук Л. А. Кузнецова

*Кафедра детских болезней (зав. — доктор мед. наук Е. В. Белогорская) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова
на базе 2-й детской клинической больницы г. Казани (главврач — В. К. Мельникова)*

Острые желудочно-кишечные заболевания у детей раннего возраста, особенно первого года жизни, наиболее часто вызываются энтеропатогенными кишечными палочками. Клиническая картина кишечной колиинфекции характеризуется полиморфизмом симптомов; течение болезни бывает как острым, так и затяжным. Для выяснения причин затяжного течения колиинфекции нами использованы клинические наблюдения, которые сопровождались многократными исследованиями испраж-

нений на патогенные штаммы кишечных палочек (026, 055, 0111, 145) общепринятым бактериологическим методом и люминесцентно-серологическим способом, и данные статистической обработки результатов. К затяжным формам мы относили случаи заболевания, при которых более 30 дней с начала болезни у детей был жидкий стул.

Затяжное течение было установлено всего у $22,4 \pm 1,52\%$ больных; у $22,95 \pm 1,88\%$ детей в возрасте до 1 года и у $21,37 \pm 2,53\%$ детей старше года.

Затяжное течение встречалось почти с одинаковой частотой у детей различного возраста: первых трех месяцев жизни — в $25,0 \pm 5,0\%$, от 3 месяцев до 2 лет — в $21,4 \pm 3,41 - 23,7 \pm 4,97\%$, от 2 до 3 лет — в $11,4 \pm 4,85\%$, но при сравнении частоты затяжного течения у этих детей с более ранними возрастными группами разница оказалась статистически недостоверной.

Кратковременные (до 7 дней) кишечные дисфункции значительно реже наблюдались у детей до года ($13,78 \pm 1,54\%$), чем у детей второго ($22,0 \pm 2,8\%$) и третьего года жизни ($38,6 \pm 7,42\%$, $P < 0,002$), что свидетельствует о значительно более высоких реактивно-защитных силах организма к колиинфекции у детей старше года по сравнению с детьми первого года жизни.

Обращает на себя внимание неодинаковая частота затяжного течения при инфекции, вызванной различными серотипами кишечной палочки: при серотипе 026 оно было у $15,2 \pm 3,12\%$, при серотипе 055 — у $22,7 \pm 3,68\%$ ($P > 0,05$), при серотипе 0111 — у $20,9 \pm 2,61\%$ ($P < 0,05$), при серотипе 145 — у $25,2 \pm 4,05\%$ ($P < 0,05$). Но особенно часто затяжное течение отмечается при смешанной колиинфекции — у $45,4 \pm 6,78\%$, что подтверждается и при статистической обработке ($P < 0,02$). Затяжное течение нередко было связано с перекрестным инфицированием в отделениях другим серотипом кишечной палочки, что отмечено у 31 больного из 55.

Нас интересовал вопрос и о частоте затяжных форм колиинфекции при различных по тяжести формах заболеваний. Оказалось, что при легких формах болезни оно было в $22,6 \pm 1,82\%$; при среднетяжелых — в $21,5 \pm 2,97\%$, при тяжелых — в $23,91 \pm 6,38\%$ ($P < 0,05$).

Не удалось установить зависимости частоты затяжного течения колиинфекции от способа вскармливания у детей первых девяти месяцев жизни: при естественном вскармливании оно наблюдалось у $21,1 \pm 3,16\%$ больных, при смешанном — у $24,1 \pm 3,6\%$, при искусственном — у $17,4 \pm 3,96\%$ ($P > 0,05$).

Значительно чаще затяжное течение наблюдается у детей 1-го года жизни на фоне гипотрофии. При гипотрофии оно было у $28,6 \pm 3,55\%$ детей, при нормотрофии — у $20,3 \pm 2,18\%$ ($P < 0,05$). Способствовала затяжному течению и поздняя госпитализация больных (после 10-го дня болезни), при поздней госпитализации затяжные формы были в $56,5 \pm 4,22\%$, тогда как при госпитализации до 10-го дня болезни — в $16,6 \pm 1,48\%$ ($P < 0,001$). Следует отметить также, что на фоне экссудативного диатеза затяжное течение было у 10 из 19 больных.

В части случаев затяжное течение колиинфекции сопровождалось упорным бактериовыделением устойчивых к антибиотикам патогенных серотипов кишечных палочек — в $13,4 \pm 2,61\%$.

У $20,5 \pm 3,09\%$ больных при затяжном течении колиинфекции был обнаружен лямблиоз, однако, по нашему мнению, он не был причиной затяжного течения болезни, так как у 90 других наших больных с колиинфекцией и лямблиозом не было затяжного течения заболевания.

У $12,3\%$ больных нормализация стула задержалась из-за присоединения осложнений, а у $8,3\%$ детей в начале заболевания был поставлен неправильный диагноз дизентерии, по поводу которой дети получали лечение фталазолом и сульгином, но эффекта от лечения не было.

Только после выявления колиинфекции и правильного лечения у этих больных наступила нормализация стула.

При исследовании общего белка и белковых фракций сыворотки крови у 32 детей с затяжным течением заболевания в остром периоде было выявлено значительное снижение альбуминовой и повышение глобулиновых фракций. Общий белок сыворотки крови у большинства больных был в пределах нормы ($7,1 \pm 0,12\%$). Содержание альбуминов было снижено до $45,9\%$ (в среднем — $55,1 \pm 0,8\%$). Увеличение глобулинов происходило главным образом за счет α_1 -, α_2 -, а в некоторых случаях — и γ -глобулиновой фракций. α_1 -глобулиновая фракция была повышена у 28 из 32 человек (в среднем до $6,0 \pm 0,2\%$), α_2 -глобулиновая фракция — у абсолютного большинства детей (в среднем она составляла $14 \pm 0,3\%$, а у отдельных больных достигала $18,5\%$).

Принимая во внимание мнение многих педиатров, что затяжное течение заболевания наблюдается у детей с низкой реактивностью и при гипогаммаглобулинемии, можно было предположить низкое содержание γ -глобулина у этих больных. Однако мы не нашли подтверждения этому. У 12 детей γ -глобулиновая фракция была нормальной, у 14 — значительно выше нормы и лишь у 6 (из 8 детей, у которых кишечная инфекция протекала на фоне гипотрофии II—I) — сниженной до $7,6\%$.

Повышение γ -глобулиновой фракции сыворотки крови мы наблюдали главным образом при осложненном течении болезни (гнойный отит, острые респираторные заболевания и т. д.). Возможно, увеличение γ -глобулиновой фракции при затяжных осложненных формах колиинфекции связано с извращением синтеза глобулинов или сенсибилизацией организма.

Повторные обострения и осложнения в течении заболевания у этих детей приводили к дальнейшему углублению диспротеинемии; даже в периоде клинического выздоровления белковая картина крови у большинства больных (у 28 из 32) не нормализовалась.

Таким образом, при затяжных формах колиинфекции наблюдаются значительные нарушения белкового обмена, которые в течении заболевания усугубляются. Уровень γ -глобулиновой фракции у большинства детей остается нормальным или выше нормы, за исключением больных, у которых колиинфекция протекает на фоне хронического расстройства питания.

Анализ причин затяжного течения кишечной колиинфекции у детей позволяет прийти к заключению, что ему благоприятствует поздняя госпитализация детей; устойчивость к антибиотикам штаммов кишечной палочки; перекрестные заражения колиинфекцией в отделениях; присоединение осложнений; состояние гипотрофии; аномалии конституции (экссудативный диатез).

УДК 617.735—007.281—616—089.878

ОБ ОТСЛОЙКЕ СЕТЧАТКИ ПРИ ДИАСКЛЕРАЛЬНОМ УДАЛЕНИИ МАГНИТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ

Проф. А. Ф. Корнилова, А. Д. Рогова

*Кафедра глазных болезней (зав.— проф. И. Ф. Воробьев)
Саратовского медицинского института*

Одним из частых осложнений диасклеральной магнитной операции является отслойка сетчатой оболочки. Частота возникновения ее по данным различных авторов значительно колеблется: Стокс (1938) наблюдал ее в $28,2\%$, М. Е. Розенблюм (1941) — в $15,5\%$, А. Б. Кацнельсон, Д. Н. Смелянский (1942) — в $7,0\%$, А. Г. Кроль (1948) —