

ние раствором фурацилина, уменьшение дозы пенициллина и при возможности его отмена приводили к быстрому падению температуры до нормальных цифр, улучшению общего состояния больных, исчезновению гиперемии зева и отека гортани, к постепенному заживлению некротических очагов. По поводу агранулоцитоза больным назначали преднизолон по 30 мг в сутки с последующим снижением дозы, лейкоген по 0,023 раза в день, переливание крови и лейкомасты, анаболические гормоны (неробол). Все больные выздоровели.

УДК 616.831.9—002.5

А. З. Гимранова (Уфа). Реактивность организма детей при туберкулезном менингите

При туберкулезном менингите реактивность организма значительно снижается, что влияет на течение и исход заболевания. Показателями реактивности у детей, больных туберкулезным менингитом, могут служить изменения гемограммы: лимфоцитарный индекс Б. Ф. Шагана и ядерный индекс Ш. Д. Мошковского.

Мы обследовали 150 детей с туберкулезным менингитом при поступлении в больницу, в периоде клинического улучшения (через 2—3 месяца), в периоде клинического выздоровления (при выписке) и в отдаленном периоде (через несколько месяцев и лет после выписки). В возрасте от 1 до 3 лет было 13 больных, от 4 до 6 лет — 48, от 7 до 10 лет — 53, от 11 до 14 лет — 35 и старше — 1. На сроках до 10-го дня заболевания поступили в больницу 70 детей (46,7%), от 10 до 20-го дня — 68 (45,3%) и позже — 12.

При поступлении 40 детей находились в крайне тяжелом состоянии, 98 — в тяжелом и 12 — в среднетяжелом. У всех больных мы высчитывали лимфоцитарный индекс по Б. Ф. Шагану и ядерный индекс нейтрофилов по Ш. Д. Мошковскому, всего произведено 515 исследований.

В остром периоде заболевания лимфоцитарный индекс у 125 больных оказался сниженным, у остальных он был в пределах нормы или даже увеличенным. У 128 больных был снижен и ядерный индекс нейтрофилов.

При начинающемся клиническом улучшении (через 2—3 месяца после начала лечения) у 76 из 138 обследованных лимфоцитарный индекс по Шагану был в пределах нормы или увеличен, однако часто во всех возрастных группах. Увеличение лимфоцитарного индекса сопровождалось снижением ядерного индекса у 104 из 138 больных. Такая же картина наблюдалась при выписке больных, ядерный индекс остался сниженным у 116 больных из 134 обследованных, лимфоцитарный индекс у двух третей был нормальным или увеличенным.

Наращение количества лимфоцитов, давая увеличение лимфоцитарного индекса по Шагану, в сопоставлении со сниженным ядерным индексом Мошковского при выписке больных говорит о все еще пониженной реактивности организма. Несмотря на клиническое выздоровление, улучшение аппетита, удовлетворительный уход и бытовые условия, при обследовании детей в отдаленном периоде выявляется сниженная сопротивляемость, которая остается такой на длительное время. Это было подтверждено как общеклиническими методами исследования (у 34 детей была выявлена дистрофия I—II степени), так и исследованием гемограмм. Лимфоцитарный индекс оказался в пределах нормы или увеличенным у 55, в то время как ядерный индекс остался сниженным у 63 из 93 обследованных. Однако увеличение количества лимфоцитов при выздоровлении само по себе указывает, что в защитную функцию организма включилась лимфоцитарная система, а это говорит о благоприятном прогнозе заболевания.

Изучение этих индексов дает ценную информацию о состоянии реактивности организма при туберкулезном менингите, а своевременное включение дополнительных методов лечения способствует повышению сопротивляемости организма.

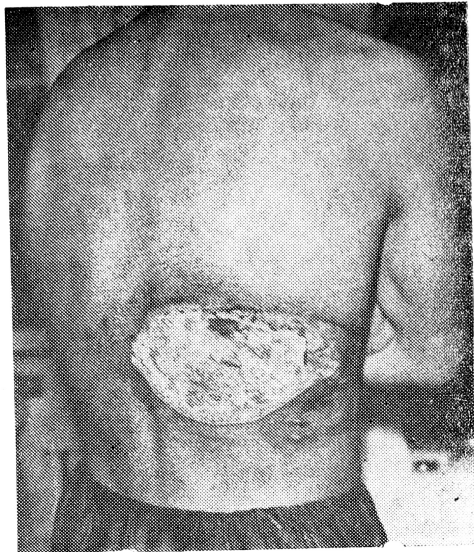
Клиническое выздоровление еще не дает полного восстановления защитных сил организма. Поэтому дети, перенесшие туберкулезный менингит, должны находиться длительное время в санаторных условиях, получать общеукрепляющее и стимулирующее лечение.

УДК 616.832—007.235

А. С. Усманов (Лениногорск). О редком осложнении сирингомиелии

В зарубежной отечественной литературе лишь вскользь упоминается о спонтанно возникающих трофических язвах при сирингомиелии.

Мы наблюдали мужчину 30 лет, больного сирингомиелией. В декабре 1969 г. у него появилась везикула в области угла лопатки справа, заполненная серозной жидкостью, как при ожоге II степени, $1,5 \times 1,5$ см. В перифокальной области отмечалась болевая и температурная гипестезия. При наблюдении в стационаре с 12/1 по 20/1 1970 г. площадь поражения кожи и подлежащих тканей увеличилась, образовалась



рана со струпом 25×30 см (см. рис.), безболезненная, с диссоциированным типом расстройства чувствительности. Диагностировано сегментарное поражение спинного мозга с вовлечением бокового рога серого вещества на уровне D₈—D₁₂.

13/I 1970 г. Гем.—13 э%, Л.—11600, с.—76%, л.—11%, м.—13%, РОЭ—37 мм/час.
17/I. Гем.—13 э%, Л.—15 900, п.—1%, с.—82%, л.—12%, м.—5%; РОЭ 28 мм/час. Моча без особенностей.

В стационаре лечение проводилось обычными методами. 20/I 1970 г. больной был переведен для обследования и дальнейшего лечения в неврологическое отделение РКБ г. Казани. После применения биостимуляторов, общеукрепляющего лечения трофические нарушения были купированы. В постакутном периоде по месту жительства был проведен курс рентгенотерапии по обычной схеме, трудоспособность восстановлена. Больной взят на диспансерное наблюдение.

УДК 618.47—001.33

Л. С. Коломыц, Л. Л. Овчинников (Казань). Редкий случай сохранения жизни плода после разрыва матки

Мы наблюдали случай беременности живым плодом, находившимся в брюшной полости после разрыва матки на почве криминального вмешательства.

А., 23 лет, доставлена службой скорой помощи 18/V 1970 г. с жалобами на боли по всему животу при беременности 36 недель. Беременность первая. На сроках в 16 и 20 недель были попытки криминального вмешательства с целью прервать беременность. Лечилась в гинекологическом отделении горбольницы и была выписана с сохранившейся беременностью.

Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы слегка желтушны, резкая желтушность склер. АД 115/70, пульс 88, удовлетворительного наполнения. Живот резко напряжен, отмечается болезненность больше справа, из-за чего невозможно определить контуры матки и положение плода; сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка (132 удара). При глубокой пальпации живота боли были локализованы больше в области правого подреберья; справа же был и положительный симптом Пастернацкого.

Влагалище не рожавшей женщины, шейка сформирована, плотноватой консистенции, наружный зев пропускает фалангу пальца, внутренний резко спазмирован. Своды глубокие, определить части плода через своды не представлялось возможным. Выделения кровянистые мажущего характера.

Предварительный диагноз: беременность 36 недель, подозрение на преждевременную отслойку нормально прикрепленной плаценты, острый правосторонний пиелит, гепатохолецистит. Назначена пенициллинотерапия, промедол, атропин. Несмотря на лечение, общее состояние больной ухудшалось, нарастали боли в правом подреберье, но создались лучшие условия для осмотра. При глубокой пальпации живота справа ниже реберной дуги определялось образование, напоминающее головку плода, смещение которой вызывало боль; контуры матки оставались неясными. При повторном