

Под влиянием ожоговой травмы повышается токсичность сыворотки крови. Рост токсичности прямо пропорционален тяжести ожога и зависит от времени начала и характера терапии. Уровень токсичности оказывается наиболее высоким к 6—9-му дню после травмы при благоприятном течении заболевания. Под влиянием прямых гемотрансфузий кривая токсичности не достигает такой высоты, как при переливаниях консервированной крови, и быстрее снижается (рис. 2).

Таким образом, мы можем утверждать, что прямые переливания крови обладают более высокими дезинтоксигирующими свойствами. При тяжелых ожогах прямые гемотрансфузии оказываются методом выбора гемотерапии в комплексном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьев Т. Я. Термические поражения. Медицина, Л., 1966.
2. Бабюк В. И. Ортопед., травм. и протез., 1966, 4.
3. Вискубенко С. И. Вopr. радиологии и гематологии. Томск, 1965.
4. Даниелян Ф. А. Материалы научн. конф. по проблеме заготовки и перелив. крови. Л., 1963.
5. Папазов Ф. К. Материалы IV научн. конф. Дон. ж. д. Донецк, 1965.

УДК 616.831.9—002—002.5

О ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ У ВЗРОСЛЫХ

Доц. Е. Е. Полушкина

Курс туберкулеза (зав. — доц. Е. Е. Полушкина) Ижевского медицинского института, Республиканское противотуберкулезное объединение (главврач — Г. В. Шатрова)

При ранней диагностике, своевременном комплексном лечении с включением туберкулостатической терапии выздоровление при туберкулезном менингите стало довольно закономерным явлением. Однако еще наблюдаются и случаи с летальным исходом.

Некоторые отличия проявлений туберкулезного менингита у взрослых, особенности его течения в настоящий период, когда возможно его возникновение у больных различными формами туберкулеза, чаще на фоне неполноценного лечения туберкулостатическими препаратами, иногда приводят к поздней диагностике, заставляют внимательно анализировать каждый случай заболевания туберкулезным менингитом.

Мы изучили истории болезни 56 взрослых больных туберкулезным менингитом (38 мужчин и 18 женщин), которые находились на лечении в стационаре республиканского противотуберкулезного объединения с 1947 г.

20 больных были в возрасте до 20 лет, 16 — от 21 до 30 лет, 9 — от 31 до 40 лет, 10 — от 41 до 50 лет и 1 — старше. 30 больных проживали в городах, 26 — в сельской местности. Разницы в заболеваемости по сезонам года не было. 18 чел. поступили на 1-й неделе заболевания, 8 — на 2-й, 5 — на 3-й и 25 — на 4-й и позже. У 39 больных была базилярная форма туберкулезного менингита, у 9 — менинго-энцефалит, у 8 — спинальная форма. У 15 больных туберкулезный менингит сочетался с гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких, у 3 — с очаговым, у 8 — с инфильтративно-пневмоническим, у 10 — с фиброзно-кавернозным, у 3 с первичными формами. У 9 чел. одновременно с поражением легких обнаружены внелегочные формы туберкулеза. У 18 в мокроте определено миковыделение.

По течению болезни в половине наблюдений можно выделить типичный вариант, у 9 больных было острое начало заболевания, у остальных клинические проявления не были ярко выражены, и первоначально диагностировались другие заболевания.

Наиболее характерно атипичное течение заболевания у больных туберкулезом, которые принимали туберкулостатическую терапию: у них проявление туберкулезного менингита первоначально принимали за лекарственную непереносимость.

Первым и наиболее постоянным симптомом болезни является головная боль, которая отмечалась всеми больными, чаще в лобной зоне; интенсивность головных болей нарастала в вечернее и ночное время и усиливалась при световых и звуковых раздражителях.

Рвоты не было только у 3 больных. У 42 больных температурная кривая имела интермиттирующий характер, у 4 — гектический, у 10 был субфебрилитет. Нормализация температуры у большинства больных произошла почти одновременно с нормализацией ликвора.

Менингеальные симптомы были у всех больных, однако у трети они не были яркими.

Глазодвигательный нерв был поражен у 49 больных, отводящий — у 42, периферический паралич лицевого нерва был у 35. Другие проявления, как и указанные выше, встречались в самых различных вариациях.

У большинства больных данные анализа спинномозговой жидкости укладывались в типичные для туберкулезного менингита сдвиги. Наблюдались некоторые отличия состава ликвора у больных, лечившихся в последнее пятилетие. Ксантохромное окрашивание жидкости встретилось только у 3 больных, опалесценция — у 2, у остальных ликвор был прозрачным. Клеточные элементы у больных, лечившихся пункционным методом, чаще были в пределах 1000/3, преобладали лимфоциты, количество белка достигало 2‰. Число клеточных элементов в ликворе 3 больных, которых лечили беспункционным методом, в последние 3 года превышало 2000/3, количество белка в этих же порциях превышало 2‰; мы не могли выделить особенностей течения туберкулезного менингита у этих больных, нарушения циркуляции спинномозговой жидкости; не было и резкого повышения внутричерепного давления. При первичной пункции, проведенной в стационаре, паутинообразная пленка не была определена в ликворе 2 больных. У всех 56 больных выявлено умеренное снижение хлоридов и сахара в ликворе. Микобактерии туберкулеза в ликворе обнаружены у 7 больных.

Следует отметить, что у больных, поступивших после 1960 г., изменения гемограмм были менее выражены, чем до этого. При сочетанных поражениях мозговых оболочек с легочным и внелегочным туберкулезом определялся умеренный лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг и лимфопения.

Для выздоровевших средний срок пребывания в стационаре равнялся 8 месяцам при минимуме в 4 месяца и максимуме в 14 месяцев.

Продолжительность пребывания больных с летальным исходом была равна 3—44 дням. 2 из 14 умерших находились в стационаре 7 месяцев, туберкулезный менингит протекал у них на фоне прогрессирующего легочного процесса.

Наилучшие результаты лечения больных были достигнуты в 1966, 1967 и 1968 гг., когда все поступившие в стационар больные выздоровели, и остаточные изменения были наименьшими. Больные, лечившиеся в этот период, от момента поступления до выписки из стационара непрерывно получали стрептомицин (до 120,0), ГИНК (до 300,0) и ПАСК (до 1700,0) с включением гормонотерапии и всего комплекса лечения больных туберкулезным менингитом.

Применение туберкулостатической терапии значительно повлияло на исходы туберкулезного менингита. Если в доантибактериальный период смертность больных приближалась к 100%, в настоящее время, при своевременной диагностике и правильном лечении, она должна быть в дальнейшем сведена к нулю.

Исходы лечения таковы: за 1947—1949 гг. поступило 7 больных, все они погибли (в этот период туберкулостатическая терапия еще не применялась); с 1950 по 1960 г. в стационаре находилось 24 больных, умерло из них 5. В этот период туберкулостатическая терапия применялась короткими курсами с введением стрептомицина эндолумбально; с 1961 по 1969 г. в стационар поступило 25 больных, умерло 2. Все больные получали комплексное лечение с включением туберкулостатической терапии, и только 2 больным стрептомицин вводили эндолумбально (при поздней диагностике и безуспешном лечении в первые дни после поступления).

Наш сравнительно малочисленный материал не мог подтвердить указываемой многими авторами сезонности заболевания туберкулезным менингитом, не удалось выявить и уменьшения частоты рвоты у больных более старшего возраста. Невыясненной остается и причина более высокого клеточного сдвига у больных, лечение которых проводилось беспункционным методом; не было обнаружено особенностей течения или нарушения циркуляции спинномозговой жидкости.

В последние годы результаты лечения больных туберкулезным менингитом улучшились, хотя еще наблюдаются и летальные исходы, особенно если менингит протекает на фоне прогрессирующего легочного туберкулеза.

Знакомство врачей общей лечебной сети с ранними проявлениями туберкулезного менингита, с особенностями его течения в настоящий период позволит своевременно выявлять это грозное заболевание и более эффективно проводить лечение.

УДК 616.12—007.2—616—073.7

ВЕКТОРКАРДИОГРАММА ПРИ АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

В. В. Осипов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Для выяснения ценности ВКГ в дифференциальной диагностике аортальных пороков нами было обследовано 80 больных приобретенными пороками сердца (42 женщины и 38 мужчин в возрасте от 17 до 60 лет).