

введения энцефалитогенной смеси была значительно снижена по сравнению с контролем: на 7-й день — до $3,76 \pm 0,34\%$ ($P < 0,001$); на 14-й день — до $3,68 \pm 0,09\%$ ($P < 0,001$); на 21-й день — $3,80 \pm 0,15\%$ ($P < 0,001$). У животных с тяжелым течением АЭ активность лизоцима на 14-й день была равна $3,46 \pm 0,11\%$ ($P < 0,001$); на 21-й день — $3,02 \pm 0,16\%$ ($P < 0,001$). К 28-му дню у оставшихся в живых кроликов она несколько повысилась, но не достигала исходного уровня ($4,95 \pm 0,24\%$, $P < 0,2$).

Следовательно, активность комплемента и лизоцима имеет тенденцию к снижению в период полного развития клинической картины заболевания. Чем тяжелее протекает АЭ, тем более выражено уменьшение активности комплемента и лизоцима.

УДК 616.728.2—007.274:577.153

Г. Г. Неттов, Н. Ф. Янковская (Казань). Активность фосфомоноэстераз в капсуле тазобедренного сустава при коксартрозе

Нами проведено изучение активности щелочной и кислой фосфатаз в тканях капсулы тазобедренного сустава у 52 больных (женщин — 20, мужчин — 32; возраст — от 20 до 65 лет), страдающих коксартрозом различной этиологии. У 3 из них была 1-я стадия заболевания, у 12 — 2-я и у 37 — 3-я.

Объектом исследования служили биоптаты капсулы тазобедренного сустава, взятые при оперативных вмешательствах на суставе — межвертельной остеотомии по Мак-Маррею, операции Фосса, артродезе. Активность фосфомоноэстераз мы изучали по методу Гомори. Для сравнения исследовали активность щелочной и кислой фосфатаз (ЩФ и КФ) в капсуле тазобедренного сустава у 3 практически здоровых людей, погибших от случайной травмы. Материал взят через 4–6 час. с момента смерти.

У здоровых людей ЩФ в тканях капсулы тазобедренного сустава локализуется в основном в стенках мелких артерий и артериол. В синовиальном слое капсулы активность ее достигает оценки 4+, в фиброзном слое она несколько ниже — в фиброцитах 4+, в коллагеновых волокнах 3+. Высокая активность ЩФ (5+) определена в мышечных волокнах, прикрепляющихся к фиброному слою капсулы, и в стенках артерий, проникающих в фиброзный слой капсулы из мышц.

КФ в нормальных тканях капсулы сустава локализуется главным образом в ядерных структурах, и активность ее высока (5+).

При коксартрозе ЩФ и КФ сосредоточиваются в тех же тканевых структурах капсулы, что и в норме, но активность их меняется.

При коксартрозе травматической этиологии уже в 1-й ст. обнаруживается выраженное уменьшение активности ЩФ (до 1+). В то же время активность КФ в тканях капсулы остается высокой (5+). С переходом заболевания во 2–3-ю ст. существенных сдвигов в активности ферментов не наблюдается. Эти данные указывают на то, что травма как причинный фактор коксартроза подавляет жизнеспособность сустава и репаративные процессы в нем. При травме, сопровождающейся вывихом бедра, активность ЩФ снижается особенно резко. Ввиду этого вмешательства типа операции Мак-Маррея, рассчитанные на стимулирование восстановительного процесса в пораженном суставе, вряд ли оправданы.

При диспластическом коксартрозе происходит медленное равномерное снижение активности фосфомоноэстераз, следовательно, компенсаторные возможности тканей сустава сохраняются длительное время. Поэтому операции межвертельной остеотомии можно проводить при данной форме коксартроза даже на 3-й стадии процесса.

При идиопатическом коксартрозе на ранних (1–2-я) стадиях заболевания активность фосфомоноэстераз в тканях капсулы сустава остается на довольно высоком уровне: ЩФ — 4+, КФ — 5+. Только с утяжелением течения заболевания (3-я стадия) активность ферментов угнетается: ЩФ 1+, КФ 2+. Следовательно, при коксартрозе данной этиологии операции межвертельной остеотомии патогенетически показаны на ранних (1–2-я) стадиях заболевания.

Нами отмечено, что при коксартрозе любой этиологии, протекающем с резким болевым синдромом, как правило, происходит значительное снижение активности ЩФ в капсуле тазобедренного сустава при сохранении высокой активности КФ.

УДК 616.12—001.4

В. Е. Родионов (Воскресенск ЦРБ, Горьковской области). Два случая ранения сердца

С., 17 лет, доставлен в участковую больницу 15/1 1976 г. в 23 часа. Со слов сопровождающего выяснено, что в 22 час. 30 мин. больной, находясь в состоянии алкогольного опьянения, нанес себе ножевое ранение в грудь.

Пациент в крайне тяжелом состоянии, на вопросы не отвечает, мечется; на лице холодный пот, кожные покровы бледные, губы синюшные, конечности цианотичны. Зрачки несколько расширены, реагируют на свет. В 3-м межреберье слева по парастеральной линии колотая рана размером $2 \times 0,5$ см, из которой вытекает кровь. Пульс и АД не определяются. Границы сердца расширены, тоны не выслушиваются. Дыхание редкое, прерывистое, слева ослаблено. С диагнозом «ранение сердца, тампонада сердца» больной взят на операцию через 1,5 часа после поступления в стационар.