

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.

Под эндотрахеальным эфирно-фторотано-кислородным наркозом с миорелаксантами при одновременном проведении реанимационных мероприятий (переливание крови, полиглюкина и реополиглюкина, физиологического раствора, глюкозы) выполнена торакотомия в 4-м межреберье слева с пересечением 4-го ребра у грудины. В плевральной полости большое количество сгустков и крови. Сокращения сердца редкие и с малой амплитудой. Произведено рассечение перикарда на большом протяжении впереди диафрагмального нерва. Из полости его удалены кровь и сгустки. На передней поверхности левого предсердия обнаружена проникающая рана $2 \times 0,2$ см, выполненная сгустком крови. В момент осмотра сгусток выпал, началось кровотечение. В рану введен указательный палец, затем наложено 4 капроновых шва, кровотечение прекратилось. Наступила остановка сердца. После введения 1,0 адреналина в мышцу левого желудочка и массажа сердца в течение 2 мин. сердечная деятельность возобновилась. Перикард зашит редкими швами после окончательного удаления сгустков крови и промывания околосердечной сумки теплым физиологическим раствором. Плевральная полость осушена от крови и сгустков, введен дренаж в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии. Рана грудной стенки ушита послойно. К концу операции АД 110/60 мм рт. ст., пульс на лучевой артерии 98 уд. в 1 мин., число дыханий 34 в 1 мин.

В течение 10 дней состояние С. оставалось тяжелым, отмечалась сердечная слабость, боли в сердце, одышка, кашель. Послеоперационный период осложнился перикардитом и левосторонней пневмонией, ввиду чего назначены антибиотики в больших дозировках, сульфаниламиды и симптоматические средства. Дренажная трубка удалена на 3-и сутки после операции, швы сняты на 9-е сутки, рана зажила первичным натяжением. Через 50 дней С. выписан в удовлетворительном состоянии. Приступил к занятиям в СПТУ.

П., 24 лет, доставлен 7/IV 1976 г. в 19 час. в тяжелом состоянии через 40 мин. после ножевого ранения в левую половину грудной клетки. На вопросы отвечает с трудом, стонет от боли в груди.

Кожные покровы бледные, на лбу холодный пот, одышка. АД 100/0 мм рт. ст., пульс 100 уд. в 1 мин. В области левого соска резаная рана $1 \times 1,5$ см, из нее выделяются воздух и кровь. Тоны сердца приглушены, тахикардия, дыхание слева ослаблено.

Диагностировано ранение сердца и гемопневмоторакс. Больной взят в операционную. Под общим эндотрахеальным наркозом с применением эфира, кислорода и миорелаксантов при одновременном переливании полиглюкина (900 мл), физиологического раствора (500 мл) произведена торакотомия в 4-м межреберье слева. В плевральной полости большое количество жидкой крови и сгустков. Вскрыт перикард, удалена кровь, в области верхушки сердца обнаружена рана $1,5 \times 0,3$ см, тампонирующая сгустком крови. При наложении капроновых швов на рану сгусток выпал, началось кровотечение, которое удалось прекратить затягиванием швов. Рана перикарда ушита. После туалета плевральной полости и дренирования ее произведено ушивание раны наглухо. В плевральную полость введено по 1 млн. ед. пенициллина и стрептомицина.

К концу операции АД 100/60 мм рт. ст., пульс 100 уд. в 1 мин. В течение 5 суток состояние больного оставалось тяжелым, беспокоила одышка, боли в области сердца; температура поднималась до 38°. Назначена интенсивная терапия: переливание крови и кровезаменителей, антибиотики в больших дозах, сульфаниламиды, сердечно-сосудистые средства, витамины. Из плевральной полости через дренажную трубку выделялись воздух и экссудат. Дренаж удален на 3-и сутки. С 6-го дня состояние стало улучшаться: уменьшилась одышка, исчезли боли в области сердца, нормализовалась температура. Швы сняты на 9-е сутки, рана зажила первичным натяжением. П. выписан из стационара через 20 дней после операции по семейным обстоятельствам в удовлетворительном состоянии.

Наши наблюдения свидетельствуют, что правильная организация помощи больным с ранением сердца предусматривает, наряду с хорошей работой скорой медицинской помощи, достаточную оснащенность хирургического стационара и подготовленность медицинского персонала.

УДК 616.411—003.4

Н. И. Молько (Куйбышев-обл.). Непаразитарная киста селезенки

На кафедре общей хирургии Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова за последние 10 лет наблюдалось двое больных с непаразитарными кистами селезенки.

1. К., 34 лет, поступила в клинику 4/I 1972 г. с жалобами на умеренные тупые боли в левом подреберье, усиливающиеся при ходьбе, и наличие опухолевидного образования. Летом 1970 г. больная упала и получила ушиб левой половины живота о трамвайный рельс. Через год после травмы появилась припухлость в левом подреберье, которая постепенно увеличивалась в размерах, боль усиливалась.

При пальпации живота прощупывается увеличенная селезенка, нижний полюс которой находится ниже пупка. Медиальный край ее заходит за среднюю линию живота. Органы дыхания, сердечно-сосудистой системы без патологии. Количество эритроцитов $3,28 \cdot 10^6$ в 1 мкл, гем. 100 г/л, время свертывания крови 9 мин., тромбоцитов.