

Активность энтерокиназы оказалась сниженной у 2 больных с легкой формой заболевания (в среднем до 137 ± 30 ед.), у 14 со среднетяжелой (107 ± 18 ед.) и у 6 с тяжелой (98 ± 16 ед.). Активность щелочной фосфатазы у больных легкой формой заболевания была в пределах нормы (в среднем $14,7 \pm 3,9$ ед.); снижение ее обнаружено у 8 больных со среднетяжелой формой (в среднем до $13,0 \pm 6,8$ ед.) и у 4 с тяжелой (в среднем до $13,0 \pm 3,5$ ед.).

Таким образом, у обследованных больных отмечена прямая зависимость ферментативной функции тонкого отдела кишечника от тяжести основного заболевания. При копрологическом исследовании у 10 больных выявлено небольшое количество непереваренных мышечных волокон, у 4 — небольшое количество нейтрального жира и значительное количество жирных кислот. По-видимому, поносы, часто наблюдающиеся у больных сахарным диабетом, зависят не только от снижения внешнесекреторной функции поджелудочной железы и от нейро-эндокринных нарушений всасываемости, но и от снижения ферментативной активности тонкой кишки.

УДК 616—003.282—616.12—008.331.1—616.714/716—616.831

Е. К. Валеев (Казань). Эхоэнцефалография при диагностике ликворной гипертензии

Различные черепно-мозговые повреждения могут привести к развитию гипертензионного или гипотензионного синдромов. При осмотре больных иногда клинически бывает трудно определить наличие того или иного синдрома. Измерение же ликворного давления путем люмбальных пункций не всегда возможно. Нередко всем больным без определения внутричерепного давления назначают дегидратационную терапию, которая при гипотензионном синдроме противопоказана.

Для диагностики ликворной гипертензии в остром периоде и в ближайшие дни мы применили у 72 больных метод одномерной эхоэнцефалографии — озвучивание ультразвуком головы больного отечественным эхоэнцефалографом ВНИИМП «ЭХО-11». В последующем всем больным производили люмбальную спинномозговую пункцию с измерением ликворного давления манометром Клода. В горизонтальном положении давление колебалось от 15 до 30 мм водяного столба.

Гипертензионный синдром на эхограммах характеризуется появлением ряда дополнительных сигналов, в основном мощным импульсом с широким основанием от боковых желудочков. При ликворной гипертензии происходит как бы «расправление» боковых желудочков, и они устанавливаются перпендикулярно ходу ультразвукового луча. Вторым отличительный признак — расщепление срединного эха в связи с получением отдельных импульсов от стенок III желудочка; при этом расстояние между ними должно быть более 7 мм. Раздвоенное срединное эхо возникает преимущественно в резидуальном периоде черепно-мозговой травмы, при явлениях медленно нарастающей гидроцефалии.

Наш опыт применения эхоэнцефалографии позволяет рекомендовать ее для широкого использования в клинике с целью выявления ликворной гипертензии.

УДК 616.71—018.46—002—616.12—002.3

Л. В. Харин, Е. И. Бизикин, И. Н. Казимилова, Ф. Х. Гайнанов (Уфа). Абсцессы сердечной мышцы при остром гематогенном остеомиелите

Гнойное поражение сердечной мышцы наблюдается довольно часто, но абсцедирование ее встречается редко. Абсцессы миокарда чаще всего являются патологоанатомической находкой. Причиной появления гнойных очагов служат септические эмболии или контактный переход с перикарда и эндокарда гнойного воспаления на миокард. Возможно распространение гнойного процесса по лимфатическим путям.

Приводим наше наблюдение.

Б., 11 лет, был доставлен в отделение гнойной хирургии Республиканской клинической больницы 30/VIII 1967 г. 21/VIII ребенок получил ушиб левого плеча, 24/VIII поднялась температура (до $39-40^\circ$), появилась отечность и резкая болезненность в левой руке. 25/VIII мальчик был госпитализирован в районную больницу с диагнозом: острый гематогенный остеомиелит левого плеча. 26/VIII произведена пункция верхней трети левого плеча. Из иглы под давлением выделилось около 30—50 г гнойно-геморрагического экссудата. Поднадкостничный абсцесс вскрыт, рана дренирована до кости. Одновременно больному вводили пенициллин, стрептомицин, сердечные и общеукрепляющие средства, витамины. И все же состояние больного прогрессивно ухудшалось.

При поступлении состояние крайне тяжелое: температура 40° , бред; от пищи больной отказывается, много пьет. Тоны сердца приглушены, пульс 150, слабого наполнения, АД 85/40, дыхание 54, рассеянные мелкопузырчатые влажные хрипы, больше в правом легком. Печень, почки и селезенка не пальпируются. Умеренно выраженная ригидность затылочных мышц, симптомы Данцига и Менделя положительные. Припухлость, отечность на левом плече, в области локтя и предплечья. В средней трети плеча язвующая рана 10×2 см с гнойным отделяемым.