

При поступлении состоянии средней тяжести, температура нормальная, утианность снижена. Левостороннее внутреннее косоглазие, большой родничок $2 \times 1,5$ см; пальпировались четки, браслетки. Зубов нет. Тургор тканей понижен, лимфоузлы не увеличены. Легкая желтушность склер и кожи. Границы сердца не расширены, тоны чистые. Дыхание жесткое; сухие, рассеянные хрипы. Печень выступает на 1,5 см из-под края ребер, пальпируется селезенка.

Э.— 4 970 000, Л.— 21 200, РОЭ 7 мм/час, л.— 64%, м.— 13%, э.— 2%, б.— 1%. Тимоловая проба — 30 ед. Сулемова проба — 1,3 мл. Билирубин крови общий — 2,3 мг%, прямой — 0,78 мг%. Активность АЛТ — 133 ед./мл. В моче желчные пигменты и уробилин.

Больному были назначены витамины, глюкоза и магnezия внутрь, панкреатин и диетотерапия.

На 5-й день повысилась температура до 38° , появилась рвота после кормления; стул жидкий до 4—5 раз в сутки, без патологических примесей.

В последующие дни состояние мальчика ухудшалось, рвота повторялась ежедневно по 2—3 раза. Стул оставался частым, жидким, оранжевого цвета, без примесей, появилось вздутие живота. Пульс 96, тоны сердца приглушены, одышка. Температура держалась в пределах $38,2—39,2^\circ$. Развилась обезвоженность, желтуха не нарастала, печень и селезенка пальпировались на 1,0—0,5 см ниже реберной дуги.

Лечение включало капельные вливания физиологического раствора с глюкозой, жидкости Маслова, плазмы; были назначены антибиотики, сердечные средства, кислород, преднизолон внутрь, полимиксин «М», дробное питание. Состояние больного не улучшалось. Появилась склерема, кровоподтеки в местах инъекций, особенно на головке, нарастала обезвоженность, вздутие живота; стул оставался учащенным, жидким, появилась слизь, рвота была 1—2 раза в сутки. Однако многократные бактериологические исследования кала на дизентерийную палочку дали отрицательные результаты, и лишь на 19-й день была обнаружена энтеропатогенная кишечная палочка 0-111.

В дальнейшем, несмотря на лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось, нарастала сердечная слабость, и на 35-й день болезни ребенок умер.

На секцию направлен с диагнозом: колинфекция 0-111, токсико-септическая форма; токсический гепатит; бронхо-пневмония; отит; анемия; склерема; гипотрофия II; рахит II.

Патологоанатомический диагноз: муковисцидоз; кистозный панкреатит; кистозный панкреатит; катарально-язвенный энтероколит; двусторонняя мелкоочаговая пневмония; двусторонний гнойный отит; жировая дистрофия печени; рахит; гипотрофия; анемия.

Как известно, прогноз при муковисцидозе неблагоприятный.

УДК 616.381—002

Ю. Е. Микусев (Казань). Динамика активности лактатдегидрогеназы в лимфе и сыворотке крови при остром разлитом перитоните

Рядом исследований было установлено, что при тяжелых острых повреждениях происходит поступление внутриклеточных ферментов из области повреждения в общую циркуляцию.

Мы исследовали динамику активности ЛДГ в лимфе грудного протока и сыворотке крови у собак с острым разлитым перитонитом. Опыты поставлены на 48 собаках весом 8—15 кг, под морфино-эвипаловым наркозом. Перитонит вызывали введением в брюшную полость флогогенной смеси, состоящей из 30% взвеси собачьего кала (0,5 мл/кг веса) и медицинского скипидара (0,02 мл/кг). В каждой группе перитонитных животных было по 5 собак, а в контроле — 8. Лимфу из грудного протока в остром опыте получали канюлированием у места впадения протока в левый венозный угол. Кровь для исследования брали из бедренной вены. Активность ЛДГ определяли колориметрическим методом Шевера и Товарек в норме и через 3, 6, 12, 24, 48, 72, 96, 120 часов после введения флогогенной смеси.

Результаты исследований представлены в таблице.

Динамика активности ЛДГ в лимфе и сыворотке крови при перитоните (в экстинкциях $\times 100$)

Исследуемый материал	В норме	Сроки перитонита						
		3-й час	6-й час	12-й час	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4—5-е сутки
Сыворотка крови	$4,45 \pm 0,55$	$6,6 \pm 0,8$ $P < 0,05$	$5,5 \pm 0,5$ $P > 0,1$	$8,0 \pm 0,4$ $P < 0,001$	$9,1 \pm 1,02$ $P < 0,01$	$9,3 \pm 0,65$ $P < 0,001$	$4,3 \pm 0,69$ $P > 0,5$	$2,8 \pm 0,68$ $P > 0,05$
Лимфа грудного протока	$0,96 \pm 0,13$	$5,1 \pm 0,5$ $P < 0,001$	$3,3 \pm 0,3$ $P < 0,01$	$6,9 \pm 0,8$ $P < 0,001$	$7,1 \pm 0,52$ $P < 0,001$	$5,5 \pm 0,34$ $P < 0,001$	$2,4 \pm 0,34$ $P < 0,02$	$1,57 \pm 0,35$ $P > 0,2$

В сыворотке крови активность ЛДГ в 4 с лишним раза выше, чем в лимфе грудного протока.

При перитоните происходят изменения в активности ЛДГ в сыворотке крови и лимфе. В ранние сроки перитонита (3—12 часов) наибольшие изменения в активности ЛДГ наблюдаются в лимфе грудного протока. Через 12 часов после введения флогогенной смеси в лимфе происходит семикратное увеличение активности ЛДГ, а в сыворотке крови — лишь двукратное. Вероятно, что такое резкое увеличение активности ЛДГ в лимфе обусловлено, во-первых, поступлением фермента из экссудата, обладающего высокой активностью ЛДГ в результате гемолиза эритроцитов, повреждения тканей и органов брюшной полости, и, во-вторых, поступлением ЛДГ из печени, поскольку $\frac{2}{3}$ состава лимфы грудного протока обусловлено деятельностью печени. Максимум повышения активности ЛДГ в лимфе наблюдается через 24 часа от начала перитонита, а в сыворотке крови — лишь через 48 час. Через 48 час. от начала перитонита в лимфе грудного протока активность ЛДГ начинает снижаться. Обычно в конце 2-х суток перитонита у животных количество экссудата в брюшной полости резко уменьшается, что, вероятно, и обуславливает некоторое снижение активности ЛДГ в лимфе грудного протока. На 3-и сутки перитонита активность ЛДГ в сыворотке крови резко снижается и соответствует норме. На 4—5-е сутки перитонита не было обнаружено закономерных изменений в активности ЛДГ в сыворотке крови и лимфе грудного протока.

Полученные данные свидетельствуют, что ферментный состав лимфы в более ранние сроки отражает степень и глубину тканевого повреждения. Показатели активности ЛДГ в сыворотке крови при перитоните во многом определяются транспортной функцией лимфатической системы.

УДК 616.33—002.44—001.5

В. А. Баскаков (Казань). О повторных прободениях язв желудка, двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечного анастомоза

Повторные прободения язв желудка и двенадцатиперстной кишки встречаются редко и составляют от 0,2 до 3,7% ушитых язв. Как казуистические случаи описаны многократные прободения. Так, 3-кратные прободения язв описали Д. Д. Чалых (1955), Р. М. Борушков (1961); 4-кратные — В. В. Жарова (1953); 5-кратные — В. И. Демчук (1963).

Некоторые авторы различают повторные и рецидивные перфорации. Н. Е. Дудко и А. Ф. Петров под повторными прободениями понимают перфорацию одной и той же язвы, а под рецидивными прободениями — каждый раз новой язвы. Большинство авторов отмечает, что повторные и рецидивные перфорации язв не отличаются по клинической картине от первичных прободений, а операцией выбора считают первичную резекцию желудка.

На 396 больных с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки мы наблюдали повторные прободения у 5 (1,3%). Все больные — мужчины в возрасте от 21 до 38 лет. Длительность язвенного анамнеза до первичного прободения колебалась у них от года до 5 лет. Первичная перфорация у 3 больных локализовалась в двенадцатиперстной кишке, а у 2 — в пилорическом отделе желудка. У 3 больных сроки между первой и повторной перфорацией составляли от 9 месяцев до года, у 1 — 3 года и у 1 — 7 лет. После первой операции у 4 больных наступил рецидив язвенных симптомов в сроки от 3 месяцев до года, а у 1 не отмечалось светлого промежутка. Терапевтическое лечение в поликлинике и в стационаре давало лишь временное улучшение.

У всех 5 больных повторная перфорация наступила на месте ушитых ранее язв. У 4 больных с повторной перфорацией язв клиническая картина была типичной для прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки (острое начало, резкие, «кинжальные» боли в животе, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки). У 1 больного клиническая картина была атипичной и сходной с клиникой острого аппендицита (постепенное начало, первичная локализация болей в подложечной области с последующим перемещением их в правую половину живота). Печеночная тупость была сглаженной у 4 больных, а свободный газ в брюшной полости при обзорной рентгеноскопии обнаружен лишь у 3.

При оперативном вмешательстве у всех больных отмечены выраженные анатомические изменения в области прободных отверстий; язвы, как правило, были каллезными, имелись перигастриты, перидуодениты. 2 больным была произведена первичная резекция желудка, а 2 — ушивание перфоративного отверстия ввиду выраженного перитонита.

Отдаленные исходы изучены в сроки от 1 года до 10 лет. Хорошие результаты отмечены у 2 больных (у 1 после ушивания язвы и у 1 после резекции желудка). У 3 больных отдаленные результаты плохие, из них 2 подвергнуты повторной операции.

Таким образом, повторные прободения язв чаще наблюдаются в течение 1-го года после первой перфорации, выраженные анатомические изменения вокруг прободных