

Назначена интенсивная терапия с применением антипиретиков, раствора Рингера, глюкозы, витаминов, сердечных средств, переливания плазмы, антибиотиков. Состояние ребенка не улучшалось. 10/VI 1972 г. плотный тяж стал более болезненным и несколько увеличился, местная температура повысилась.

Под местной новокаиновой анестезией произведена пункция толстой иглой по ходу тяжей, получен гной, затем сделано несколько разрезов по ходу тяжей длиной до 2—3 см (Н. З. Сибгатуллин). При разрезе из торакоспигастральной вены выделяются гнойные пробки, сохраняющие форму просвета сосуда, сосуд тромбирован и не кровоточит. Из гнойного отделяемого высеян нечувствительный к пенициллину, стрептомицину и эритромицину гемолитический стафилококк.

Интенсивная терапия в послеоперационном периоде продолжалась с применением целенаправленных полусинтетических антибиотиков, антистафилококкового анатоксина, антистафилококкового гаммаглобулина, прямого переливания крови, нитрофурановых препаратов. Температура стала снижаться, интенсивные боли в груди прекратились, состояние прогрессивно стало улучшаться. Диагноз: правосторонняя стафилококковая плевропневмония, осложненная гнойным тромбозом правой эпигастриальной вены. Ребенок выписан по выздоровлении через месяц с момента госпитализации. Осмотрен через 6 месяцев. Жалоб нет.

Приведенный случай представляет интерес в связи с тем, что болезнь Мондора протекала как осложнение плевропневмонии, больной почувствовал улучшение лишь после оперативного вмешательства. В просмотренной нами отечественной литературе не упоминается о микрофлоре тромба с нагноением стафилококкового характера при болезни Мондора.

Поступила 2 января 1973 г.

УДК 612.015.33

Г. И. Столярова (Куйбышев-обл.). ДНК и РНК в крови у детей с геморрагическим васкулитом

Цель нашей работы заключалась в изучении количественного содержания РНК и ДНК в крови у детей с геморрагическим васкулитом по мере развития патологического процесса и в ходе лечения, что позволит раскрыть некоторые стороны патогенеза данного заболевания. Нами использован метод раздельного количественного определения нуклеиновых кислот Р. Г. Цанева и Г. Г. Маркова. Полученные результаты выражены в $\text{мг}\%$ Р.

Под наблюдением находился 31 больной геморрагическим васкулитом — 20 мальчиков и 11 девочек. 4 ребенка были в возрасте до 7 лет, 17 — от 7 до 12 лет и 10 — старше 12 лет.

В качестве контроля обследовано в весенний период 29 практически здоровых детей 5—9 лет, у которых были получены следующие показатели содержания нуклеиновых кислот в крови: РНК — $2,09 \pm 0,09$, ДНК — $0,529 \pm 0,08 \text{ мг}\%$ Р.

Заболевание чаще всего возникало в весенний или осенне-зимний период, обычно после перенесенной ангины, острой респираторной инфекции, гриппа. У большинства детей выявлены хронические очаги инфекции (у 14 — хронический тонзиллит, у 4 — лямблиоз, у 8 — аденоиды, у 5 — глистная инвазия и др.). У 27 детей заболевание геморрагическим васкулитом протекало в острой и у 4 — в рецидивирующей форме.

Следует подчеркнуть частоту тяжелых форм заболевания с выраженным и длительным абдоминальным синдромом (14 детей), который усугублял тяжесть состояния больных, затруднял диагностику основного заболевания. Кроме того, у 9 детей с абдоминальным синдромом обнаружены также изменения со стороны почек в виде очагового (у 4) и диффузного (у 5) гломерулонефрита. Особенностью течения диффузного нефрита являлась упорная гематурия и гипертензия при незначительно выраженном отечном синдроме или отсутствии его.

Количественное определение нуклеиновых кислот у детей проводилось в динамике патологического процесса. В разгар клинических проявлений геморрагического васкулита отмечено снижение количества РНК в цельной крови до 0,58, а у детей с поражением почек — до $0,47 \text{ мг}\%$ Р.

С улучшением состояния и ликвидацией основных синдромов заболевания (геморрагического, суставного, абдоминального) у детей изменялись и показатели РНК в сторону приближения к норме, однако еще длительное время они были снижены (в среднем около $1,58 \text{ мг}\%$ Р). При давности заболевания 1—3 года количественное содержание РНК не отличалось от показателей контрольной группы ($2,5 \pm 0,16 \text{ мг}\%$ Р). У детей же с поражением почек уровень РНК оставался сниженным и на отдаленных сроках до $1,12 \text{ мг}\%$ Р.

Изменения ДНК у большинства детей характеризовались также общей направленностью к умеренному уменьшению показателей в остром периоде заболевания (до $0,4 \pm 0,06 \text{ мг}\%$ Р) при отсутствии изменений со стороны почек. При наличии почечного синдрома обнаруживалось значительное снижение ДНК (до $0,29 \text{ мг}\%$ Р), которое оставалось на умеренно сниженных цифрах ($0,47 \pm 0,028 \text{ мг}\%$ Р) длительное время (1—3 года).

У 4 детей при рецидивирующем течении геморрагического васкулита отмечалось заметное повышение ДНК — до 1,4 мг% Р, что, возможно, зависит от цитолиза клеток, происходящего под влиянием реакции антиген — антитело, обусловленной процессом сенсибилизации организма.

Поступила 13 марта 1972 г.

УДК 612.63:618.3

Кандидаты мед. наук Б. Г. Садыков и К. К. Левкович (Казань). Содержание железа в крови здоровых и иммунизированных беременных, рожениц и их новорожденных

Обследовано 119 беременных и рожениц: 68 с резусконфликтной беременностью, 38 с резусотрицательной принадлежностью крови, но неиммунизированных (1-я контрольная группа) и 13 с резусположительной принадлежностью крови (2-я контрольная группа), а также 115 их новорожденных, из которых 55 страдали гемолитической болезнью, а остальные были здоровыми.

Содержание железа определяли методом эмиссионного спектрального анализа по методике, разработанной В. М. Лившецем (1963). В группе резусположительных женщин уровень железа во время беременности колебался от 3,6 до 6,8% на золу (среднее значение — 4,3% на золу); в группе резусотрицательных неиммунизированных беременных — от 3,3 до 6,3% на золу (среднее — 4,27% на золу); в группе иммунизированных беременных — от 3,18 до 4,4% на золу.

Концентрация железа в венозной крови женщин всех трех групп с увеличением срока беременности снижалась, причем более значительно — в группе иммунизированных. В ткани плацент всех иммунизированных рожениц содержание железа было ниже, чем в других группах, и это снижение более выражено при тяжелых формах гемолитической болезни новорожденных. Количество железа в ретроплацентарной крови всех иммунизированных и неиммунизированных женщин было ниже, чем в венозной крови, примерно на 35%.

Содержание железа в пуповинной крови новорожденных от резусиммунизированных матерей значительно ниже, чем в контрольных группах.

Анализ показателей красной крови выявил достаточно высокий уровень гемоглобина и числа эритроцитов во всех группах в первой половине беременности. Во второй половине беременности отмечено снижение количества гемоглобина и числа эритроцитов во всех трех группах, но более значительное — в группе иммунизированных женщин. Содержание гемоглобина и число эритроцитов в пуповинной крови детей, родившихся от резусконфликтной беременности, уменьшены.

Поступила 17 июня 1973 г.

УДК 618.13:615.83

Л. А. Каунов (Иваново). Лечение больных хроническим воспалительным процессом придатков матки

Мы изучали эффективность различных методов лечения больных хроническим воспалительным процессом придатков матки. Под наблюдением находилось 140 женщин в возрасте 18—42 лет. У всех больных проводили посев содержимого влагалища для определения микрофлоры и чувствительности микробов к антибиотикам. Для решения вопроса об активности воспалительного процесса в динамике исследовали гемограммы, содержание общего белка и белковых фракций методом электрофореза на бумаге, определяли С-реактивный белок, ДФА, электролиты крови (натрий, калий, кальций, хлориды), сахар, холестерин, билирубин крови, остаточный азот, экскрецию нейтральных 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов.

В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли 50 женщин с хроническим воспалительным процессом придатков матки септической этиологии в стадии обострения. Этим больным было проведено лечение гидрокортизоном с пенициллином и стрептомицином в 0,25% растворе новокаина методом гидротубации. Количество лекарственной смеси превосходило объем полости матки на 2 мл. Дозы гидрокортизона колебались от 60 мг при первой гидротубации до 25 мг в конце курса лечения. За время лечения больные получали от 4 до 10 гидротубаций, с введением от 150 до 350 мг гидрокортизона. Длительность терапии составляла 4—19 дней. На каждую гидротубацию использовали по 150—200 тыс. ед. пенициллина и стрептомицина.

2-я группа включала 40 женщин, которым было проведено медикаментозное лечение (антибиотики, аутогемотерапия, введение сыворотки Филатова, хлористого кальция, микроклизмы с новокаином, хлористым кальцием, спиртом, обезболивающие средства, витамины).

3-я группа состояла из 50 женщин, дополнительно получавших лечение УФ, УВЧ, индуктотерапию, лекарственный электрофорез, ультразвук. Как правило, физиотерапия