

тительную способность миокарда [3, 10, 11]. Удлинение фазы асинхронного сокращения расценивают как начальное проявление недостаточности миокарда [8, 11]. В. Л. Карпман наблюдал удлинение фазы асинхронного сокращения при гипертрофии миокарда. С. А. Душанин и М. М. Ляшенко, изучая ФКГ параллельно с измерением давления в легочной артерии, пришли к выводу, что гипертония в системе малого круга кровообращения находит отражение в удлинении фазы асинхронного сокращения.

Согласно работам Ф. З. Меерсона, изменения функциональной способности миокарда в начальных стадиях дыхательной недостаточности, выражением которых являются фазовые сдвиги, можно рассматривать как компенсаторную гиперфункцию, предшествующую гипертрофии миокарда. По мере развития гипертрофии и изнашивания миокарда фазовые сдвиги углубляются.

Изменения миокарда левого желудочка при заболеваниях легких объясняются содружественной реакцией желудочков, описанной еще С. П. Боткиным, а также развитием дистрофических изменений миокарда в результате нарушенного газообмена [1]. Ежек и соавт., сопоставляя сфигмограмму сонной артерии с данными катеризации легочной артерии, не нашли разницы между сократительной способностью правого и левого желудочков у больных с хроническим легочным сердцем. Авторы объясняют это влиянием гипоксемии, гиперкапнии и ацидоза на метаболизм обоих желудочков.

Таким образом, применение поликардиографии для исследования больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких вполне обосновано: она выявляет изменения фазовой структуры систолы левого желудочка не только при выраженной легочно-сердечной недостаточности, но и на ранних стадиях дыхательной недостаточности, когда еще нет отчетливых клинических признаков нарушения кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Георгиевская Л. М. Регуляция газообмена при хронической сердечной и вентиляционной недостаточности. Медгиз, Л., 1960.—2. Душанин С. А. и Ляшенко М. М. Кардиология, 1966, 6.—3. Карпман В. Л. В кн.: Физиология и патология сердца. Медгиз, М., 1963; Фазовый анализ сердечной деятельности. Медицина, М., 1965.—4. Коган Б. Б., Злочевский П. М. Тез. докл. XV Всесоюз. съезда терапевтов. М., 1962.—5. Меерсон Ф. З. Компенсаторная гиперфункция и недостаточность сердца. Медгиз, М., 1960; Кардиология, 1964, 5.—6. Назаров И. Л. Кардиология, 1964, 4.—7. Пенкнович А. А. Тер. арх., 1964, 3; 1965, 10.—8. Фельдман С. Б. Оценка сократительной функции миокарда по длительности фаз систолы. Медицина, М., 1965.—9. Blumberger K. Klin. Wschr. 1940, 19, 825.—10. Blumberger K. Die Herzdynamik in der klinische Diagnostik. Munchen, 1958.—11. Hollack K. Dtsch. Arch. klin. Med., 1951, 198, 1, 71.—12. Ježek V., Daum S., Serf B. Cor et Vasa, 1964, 6, 2, 81.

УДК 616.24—002—616—053.3

ПОКАЗАТЕЛИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ

Ж. И. Ключева и В. Г. Дорофейчук

Горьковский научно-исследовательский педиатрический институт МЗ РСФСР

Под нашим наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, больных острой пневмонией. Помимо клинического наблюдения и общепринятого лабораторного обследования, мы определяли у всех детей комплементарную (калориметрическим методом) и лизоцимную (нефелометрическим методом) активность сыворотки крови в остром периоде, в периоде стихания процесса и при выздоровлении. За норму мы принимали для комплементарной активности 80%, а для лизоцимной — 40% (нормы получены в Горьковском научно-исследовательском педиатрическом институте В. Г. Дорофейчук, Н. П. Жуковой, А. А. Сурковой, Ж. И. Ключевой).

Выявилось 4 различных типа кривых колебания комплементарной активности сыворотки крови в зависимости от характера клинического течения болезни и преморбидного состояния детей. I тип кривой характеризуется повышением комплементарной активности в остром периоде, снижением ее в периоде стихания и некоторым повышением при выздоровлении (16 детей). II тип отличается повышением комплементарной активности во все периоды болезни (11 детей). При III типе комплементарная активность понижается в остром периоде, несколько повышается в периоде стихания и понижается в периоде выздоровления (22 ребенка). IV типу свойственно повышение

комплементарной активности в остром периоде и неуклонное снижение ее к периоду стихания и выздоровления (1 ребенок).

Большинство детей, у которых комплементарная активность изменялась по I типу, заболело пневмонией впервые. Заболевание у них протекало благоприятно, клиническое выздоровление наступало в среднем через 3—4 недели, без рецидивов. Дети этой группы находились преимущественно на естественном вскармливании, инфекционными заболеваниями не болели. По-видимому, волнообразное изменение комплементарной активности по I типу является показателем достаточной иммунологической реактивности организма, способности механизмов защиты к быстрой мобилизации.

В группах детей, у которых комплементарная активность изменялась по II и III типу, продолжительность заболевания пневмонией, как правило, превышала 3—4 недели. По окончании лечения антибиотиками у большинства детей активность воспалительного процесса по отдельным клиническим и лабораторным данным не снижалась, у 18 в процессе лечения наблюдались рецидивы. Многие из этих детей пневмонией болели повторно, находились на смешанном или искусственном вскармливании, в анамнезе были указания на инфекционные заболевания.

У ребенка с IV типом кривой комплементарной активности заболевание протекало тяжело, с бурной клинической картиной (выраженный токсикоз и субфебрилитет, одышка до 50—60 с удлинненным выдохом, цианоз носогубного треугольника, отчетливые физикальные изменения в легких, подтверждаемые данными рентгенологического обследования). Несмотря на комплексную терапию, на 27-й день от начала заболевания был рецидив пневмонии с выраженным астматическим синдромом. Динамика комплементарной активности у этой девочки — 89—75—64%. По-видимому, данный тип кривой отражает быструю истощаемость, определенную недостаточность механизмов защиты.

Наши наблюдения позволяют высказать предположение, что уровень комплементарной активности сыворотки крови у детей, больных пневмонией, колеблется в соответствии с тяжестью общего состояния больного и характером его преморбидного статуса. При благоприятном течении пневмонии и отсутствии отягощенного анамнеза комплементарная активность сыворотки крови изменяется по I типу кривой; при неблагоприятном течении заболевания и пониженной иммунологической реактивности организма — по II, III и IV типу. Поэтому данные динамического исследования комплементарной активности сыворотки крови могут быть использованы для прогноза заболевания.

У 36 наблюдаемых детей параллельно проводилось в динамике определение активности лизоцима сыворотки крови. У 26 детей в разгар пневмонии высокой комплементарной активности соответствовали и высокие показатели лизоцима. Но в то время как комплементарная активность по мере стихания пневмонии понижалась, уровень лизоцима возрастал (у всех детей). К периоду выздоровления активность лизоцима приближалась к норме (у 14 из 15 обследованных детей).

УДК 616—073.75—612.215.8—616.126.423

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

М. И. Гольдштейн и В. Н. Мельничнов

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. М. И. Гольдштейн)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова, кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев)
на базе 6-й городской клинической больницы (главврач — Е. В. Хмелевцева)*

Состояние сосудов малого круга кровообращения является важным фактором при решении вопроса о целесообразности оперативного вмешательства у больных с митральным пороком сердца.

Рентгенологическое изучение малого круга возможно только при дифференцированном анализе артериальных и венозных сосудов: зная архитектуру артериальных сосудов, можно при рентгенологическом исследовании отличить артерии от вен. Калибр артериальных сосудов в области корня в 2—3 раза меньше калибра венозных, однако, несмотря на большой калибр венозных стволов, интенсивность их меньше, чем артериальных. Отличительной чертой легочных вен является отсутствие или малое количество ветвлений. На прямой рентгенограмме нормальной грудной клетки тени венозных стволов короче, шире, более прерывисты и менее интенсивны, чем артериальных. Вены нижних долей справа определяются лучше, чем слева. На передней рентгенограмме можно определить верхнедолевую и нижнедолевую артерии. Все же на обычных рентгенограммах суммация теней, образованных артериальными и венозными сосудами, не позволяет четко дифференцировать легочные сосуды, в особенности при патологических состояниях в условиях застоя в малом круге.