

рующем течении ревматизма. Ж. Ж. Рапопорт подчеркивает связь иммунологического многообразия с многочисленностью клинических вариантов течения ревматического процесса.

Под нашим наблюдением было 97 детей, больных бесприступным ревматизмом. При первичном обследовании у 32 детей диагностирована недостаточность митрального клапана, у остальных 65 предполагался латентно или вяло текущий кардит. Больных ежегодно вызывали для специального обследования, у них изучали эволюцию сердечного поражения и активность ревматического процесса. Наблюдение длилось от 2 до 5 лет. Диагноз ревматизма у всех подтвердился. Об активности ревматизма свидетельствовали жалобы на быструю утомляемость, на боли в области сердца и в суставах, на одышку при физической нагрузке; тахикардия; субфебрильная температура; нейтрофилез; ускорение РОЭ; повышение содержания фибриногена в сыворотке крови; повышение дифениламинового показателя или содержания сиаловых кислот; замедление предсердно-желудочковой проводимости; увеличение продолжительности электрической систолы желудочков на 0,04" и более.

Мы сопоставили активность бесприступно текущего ревматизма с уровнем комплементарной и лизоцимной активности сыворотки крови. По мере нарастания активности ревматического процесса поднимается уровень комплементарной активности. Повышение комплементарной активности сыворотки крови у больных, имеющих 2—3, 4 и более показателей активности ревматизма, статистически достоверно ($P < 0,05$) по сравнению с больными, у которых активность ревматизма не установлена или обнаружен лишь один показатель активности. Статистически достоверной зависимости лизоцимной активности от активности бесприступно текущего ревматизма выявить не удалось. Чем больше число показателей активности ревматизма, тем чаще показатели комплементарной и лизоцимной активности повышены (при 1 показателе активности ревматизма — 32,7%, при 4 и более — 64,5%). Чем больше число показателей активности ревматизма, тем реже встречаются соотношения, в которых пониженной комплементарной активности сопутствует повышенная активность лизоцима (при 1 показателе активности ревматизма — 50,0%, при 4 и более — 19,2%).

Результаты наших исследований позволяют считать определение комплементарной активности сыворотки крови у больных с бесприступно текущим ревматизмом дополнительным неспецифическим показателем активности ревматического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев А. Р. Педиатрия, 1963, 10.— 2. Гаврилов С. А. В сб.: Ревматизм у детей, Л., 1962.— 3. Иоффе В. И. Иммунология ревматизма, Л., 1962.— 4. Михеева Г. А. Педиатрия, 1953, 4.— 5. Надеждина Е. А., Миесерова Е. К. Педиатрия, 1965, 12.— 6. Рапопорт Ж. Ж. Педиатрия, 1967, 1.— 7. Сачков В. И. и др. В сб.: Вопросы ревматизма. М., 1961.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 611.127—616—001.4

Б. М. Титов (Казань). Обширное ножевое ранение правого предсердия

Ш., 21 года, доставлен в приемный покой больницы 5/X 1967 г. в 2 часа 15 мин. Состояние больного предагональное. Сознание отсутствует, зрачки расширены, резкая бледность кожи и слизистых. Черты лица заострены. Пульс на лучевой и сонной артериях не прощупывается, тоны сердца не выслушиваются. Дыхание частое, поверхностное. В левом пятом межреберье по левой грудной линии рана 1,5×0,8 см, овальной формы; из нее выделяется темная кровь и пузырьки воздуха. Живот несколько втянут, в дыхании не участвует. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. В левой подвздошной области, непосредственно над лупартовой связкой, овальной формы колотая рана 1,4×0,6 см, по окружности которой определяется большая подкожная гематома 8×7 см.

Срочная операция (Б. М. Титов) при активном проведении комплекса реанимационных мероприятий (внутриартериальное нагнетание и внутривенная трансфузия крови I гр. и вдыхание кислорода) начата под местной анестезией по А. В. Вишневскому и продолжена под управляемым эндотрахеальным наркозом. Произведена левосторонняя торакотомия в четвертом межреберье с пересечением IV—V реберных хрящей. Левое легкое спавшееся, в дыхании не участвует. Вся левая плевральная полость заполнена кровянистыми сгустками и жидкой кровью. На передней поверхности перикарда в верхнем правом отделе рана 2×1 см, откуда слабой струей вытекает темная венозная кровь. Рану сердечной сорочки широко вскрыли и полость ее освободили от большого количества кровянистых сгустков. Сердце с небольшой женский кулак, дряблое, пульсация его вялая. На передней стенке в области правого

предсердия большая зияющая рана, свободно пропускающая два пальца в полость правого предсердия. Из раны вялой струей при каждом очередном сокращении сердечной мышцы вытекает небольшая порция (2—3 мл) темной крови. Рану ушили пятью шелковыми швами. После ушивания раны сердце сразу же стало тугоэластичным и приняло нормальные контуры и размеры (увеличилось до размеров мужского кулака). Сокращения сердечной мышцы стали более активными. При ревизии задней стенки сердца раневого дефекта не обнаружено. На рану перикарда наложили редкие кетгутовые швы. Из плевральной полости удалили около 2,5 л кровяных сгустков и жидкой крови. Коллабированное легкое удалось частично расправить с помощью наркозного аппарата. Плевральную полость послойно ушили с фиксацией в операционной ране иригационной трубки, через которую ввели 500 тыс. ед. стрептомицина в 50 мл 0,25% раствора новокаина.

Во время операции внутриартериально нагнетено 450 мл и внутривенно струйно перелито 800 мл крови. Продолжительность операции — 40 мин.

По окончании первой операции пульс 100, АД 85/52. При продолжающемся эндотрахеальном наркозе и под защитой внутривенной трансфузии крови и полиглюкина произведена нижнесрединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости ранения их не обнаружено. Края проникающей ножевой раны в левой подвздошной области иссечены. Рана ушита. Брюшная полость ушита наглухо после введения 300 тыс. ед. пенициллина. За время второй операции струйно перелито 800 мл крови и 200 мл полиглюкина. АД 90/60. Пульс 105, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Послеоперационный период в первые восемь дней протекал тяжело и сопровождался повышенной температурой (37,4—38°), высоким лейкоцитозом, метеоризмом и тахикардией. Рентгеноскопически (16/X 1967 г.) отмечалось расширение границ сердца и свободная жидкость в левой плевральной полости. Пункцией в VI левом межреберье удалено 200 мл геморрагической жидкости. Заживление ран первичным натяжением.

5/XI 1967 г. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.71—018.46—002

Н. В. Билукин и М. М. Кайзерман (Казань). Комплексное лечение больного острым гематогенным остеомиелитом

Е., 16 лет, поступил в хирургическое отделение 15/X 1965 г. с жалобами на боли в правом бедре, головную боль, высокую температуру. Заболеванию предшествовало сильное переохлаждение. 11/X внезапно почувствовал боль в области верхней трети правого бедра, усиливающуюся при ходьбе. 13/X состояние ухудшилось, появилась головная боль, слабость, резкие боли в бедре, температура повысилась до 40°.

При поступлении состояние больного тяжелое, сознание спутанное, температура 40°. Пульс 126, АД 110/50. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Правая нога в полусогнутом состоянии. В области большого вертела и верхней трети правого бедра небольшая плотная резко болезненная припухлость, кожа над ней горячая. Активные движения в правом тазобедренном суставе из-за боли невозможны.

Нб.—80 ед. (13,3 %), Э.—4 080 000, Л.—9000, п.—10%, с.—68%, л.—14%, м.—8%, РОЭ—48 мм/час. Моча в норме.

Клинический диагноз: острый гематогенный остеомиелит, септическое состояние. Больному назначены пенициллин, стрептомицин, преднизолон, промедол, витамины, сердечно-сосудистые средства; сделана иммобилизация конечности лонгетой.

На рентгенограммах от 18/X правого тазобедренного сустава, бедра и органов грудной клетки патологических изменений не обнаружено.

19/X произведена пункция инфильтрата в области большого вертела. Получен гной. Гнойник вскрыт, рана рыхло затампонирована марлевыми выпускниками с подведением резиновых трубок. В рану введены стрептомицин и пенициллин. В последующие дни состояние больного остается крайне тяжелым. 21/X под общим обезболиванием произведено фрезевание правой бедренной кости в средней трети по Врончихину.

Назначен сульфодимезин. Перелито 250 мл крови. В последующем ежедневно переливали нативную плазму по 100 мл в сутки. Состояние больного по-прежнему оставалось тяжелым.

23/X на рентгенограмме легких выявлена септическая метастатическая двухсторонняя пневмония. Пенициллин заменен эритромицином, начато введение стрептомицина ипгалационно.

При посеве гноя из раны выделен стреофилококк, чувствительный только к левомицетину и биомицину. Лечение дополнено включением этих антибиотиков.

3/XI (на 18-й день заболевания) на рентгенограммах по ходу костномозгового канала правого бедра отмечены единичные небольшие очаги деструкции и отслоение надкостницы по внутренней поверхности бедра на протяжении 15 см. Последующее течение процесса было сравнительно гладким. Кашля и выделения мокроты не было.