

вали: РОЭ и температура в пределах нормы, выраженных суставных явлений не было.

Исследование крови проводилось в динамике: при поступлении, через 2 и 4 недели в процессе лечения. У 26 больных при поступлении имелось значительное снижение альбуминов, повышение α_2 -глобулинов и фибриногена. Рассенив это как признак активности ревматического процесса, больным, наряду с сердечными средствами, мы назначали противоревматическое лечение, и у подавляющего большинства состояние значительно улучшилось.

В белковом составе крови произошли следующие изменения: у 9 человек (из 26) α_2 -глобулины и фибриноген достигли пределов нормы. Увеличилось содержание альбуминов. Эти больные выписались в удовлетворительном состоянии.

У 17 больных (из 26) α_2 -глобулины и фибриноген, несмотря на противоревматическое лечение, остались повышенными. Двое из них умерли (секция подтвердила активность ревматизма). Остальные выписались с улучшением состояния. Четверо из выписавшихся через 1—2 месяца поступили повторно.

Пользуясь методом электрофореза белков, мы попытались выявить активный латентно протекающий ревматизм у находящихся на диспансерном наблюдении по поводу ревматического порока сердца.

Исследование проводилось весной, когда имелась большая возможность обострения ревматического процесса. Всего исследовано 25 человек в возрасте от 17 до 45 лет. РОЭ и лейкоцитоз у всех были в пределах нормы. У 23 человек белковый спектр не был изменен. У двух найдено повышение α_1 , α_2 -глобулинов и фибриногена.

Таким образом, наши исследования подтвердили, что метод электрофореза белков крови расширяет возможности диагностики латентно протекающего ревматизма и может быть рекомендован в диспансерной работе.

В. А. Дудова (Куйбышев-обл.). Оксигеметрические исследования при хронических неспецифических заболеваниях легких.

Проведены оксигеметрические исследования у 48 больных, из которых 18 были с хронической эмфиземой легких, пневмосклерозом с недостаточностью кровообращения 2 и 3 степени (легочное сердце II). 23 больных страдали диффузным пневмосклерозом токсической этиологии и 7 — бронхиальной астмой. Всего проведено 120 исследований оксигеметром 0—38. У больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких наблюдается значительное недонасыщение артериальной крови кислородом (74—88%), более выраженное у лиц с недостаточностью кровообращения 2—3 степени. Время задержки дыхания понижено (10—20 сек); в большинстве случаев оно находится в зависимости от степени артериальной гипоксемии. Под влиянием физической нагрузки кислородное голодание усиливается и продолжается более длительное время, чем у здоровых лиц. Данные оксигеметрии можно использовать при решении вопросов оценки состояния больного и степени его трудоспособности.

Проф. И. А. Шраер и Л. Л. Шафранский (Винница). Случай реконструкции кисти при первичной хирургической обработке

Более одной трети повреждений человеческого тела падает на кисть и пальцы. Восстановление целостности последних представляет зачастую большие трудности из-за анатомической и функциональной сложности.

С., 13 лет, был доставлен в клинику 16/II-58 г. в тяжелом состоянии. За 4 ч. до поступления в руки у мальчика взорвался запал. При этом получены раны в области обеих кистей и левого бедра.

На рентгеновских снимках обнаружены раздробленные переломы костей левой кисти, лучезапястного сустава и перелом левого бедра без смещения.

После переливания физиологического раствора, одногруппной крови (250 мл) и некоторого улучшения общего состояния приступлено к первичной хирургической обработке под футлярной новокаиновой анестезией.

Сняты повязка с левой кисти и жгут со средней трети левого плеча. Обнаружено обширное разможение мягких тканей и костей кисти и запястья. Кожа свисает множественными лоскутами вместе с обрывками сухожилий и отслоена к нижней трети предплечья. В ране видны разможенные костные фрагменты вне связи с материнской почвой за счет основных фаланг, пястных костей и костей запястья. Фаланг и пястных костей 2, 3, 4 пальцев нет.

Пястная кость 1 пальца вывернута у своего основания в запястно-пястном суставе и расположена по отношению к предплечью под углом 90°. Пястно-фаланговое сочленение также вскрыто. Пястная кость этого пальца покрыта небольшим количеством мышц, которые разможены и кровоточат. Сохранена только $\frac{1}{2}$ основной фаланги, однако и это пястно-фаланговое сочленение также вскрыто. В области мизинца такие же изменения.

На тыльной поверхности 3-го пальца правой кисти поверхностная рана 3×2 см.