

ние пенициллина ликвидировало осложнение. Больная выписалась на 69 день пребывания в стационаре с небольшим клиническим улучшением основного заболевания. Сдвиги в протейнограмме и содержании сиаловой кислоты в сыворотке остались на первоначальном уровне.

3. С., 21 г., заболела 3 года назад, тоже после ангины. До этого перенесла «суставный ревматизм». Пульс отсутствует только на левой руке. РОЭ — 20 мм/ч., Нб — 80 ед. Тоны сердца чистые, шумов на сосудах не выслушивается. Все фракции протейнограммы были на границе нормы ($A = 47,5\%$, $\alpha_1 = 3,5\%$, $\alpha_2 = 11,9\%$, $\beta = 15,4\%$, $\gamma = 21,7\%$). Содержание сиаловой кислоты — 0,220 ед. Пенициллинотерапия не устранила жалобы на слабость и головную боль. В протейнограмме же произошел сдвиг в сторону глобулинов. Увеличились α_1 - и α_2 -подфракции до 8,7% и 15,2% и снизилось количество альбуминов до 41,3%. Переход на гормональную терапию значительно улучшил самочувствие больной. Совершенно исчезли жалобы на слабость, головную боль. Нормализовалась протейнограмма, снизилось содержание сиаловой кислоты — до 0,270 ед. Больная выписалась на 45 день лечения в удовлетворительном состоянии.

Подводя итог, следует отметить, что при болезни «отсутствие пульса» так же, как и при других коллагенозах, определяются глубокие сдвиги в белковом составе, сыворотке крови и патологическое увеличение содержания мукопротеидов (сиаловой кислоты) в крови. Чем обширнее и тяжелее процесс, тем эти биохимические нарушения резче выражены. Диспротеинемия заключается в различной степени гипоальбуминемии и гиперглобулинемии с преимущественным увеличением α_2 - и γ -глобулиновых подфракций. Увеличение количества сиаловой кислоты в сыворотке крови идет параллельно изменениям в белковой формуле, почему определение ее само по себе может служить критерием тяжести процесса и эффективности лечения.

Нам кажется возможным и целесообразным использовать в условиях амбулаторной работы определение сиаловой кислоты в сыворотке крови при данном заболевании, как особенно доступное, простое и быстрое, не требующее особых приборов и реактивов. Исследование же белковых фракций, как более тонкий и трудоемкий дифференциально-диагностический метод, требующий сложной аппаратуры, может быть рекомендован лишь в условиях терапевтических стационаров.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов А. А. Казанский мед. ж., 1959, 5. — 2. Ключарева С. Г. Казанский мед. ж., 1961, 3. — 3. Рынская Л. М. Тер. арх., 1961, 1. — 4. Саламатина В. В. Казанский мед. ж., 1959, 5. — 5. Смирнов И. М. Там же. — 6. Струков А. И. Тез. докл. Всероссийск. I съезда терапевтов. — 7. Таипова Г. А. Тер. арх., 1959, 10. — 8. Гареев Е. М. Тез. докл. Всероссийск. I съезда терапевтов. — 9. Шакирзянова Р. М. Казанский мед. ж., 1960, 2. — 10. Hess L., Coburn A. F., Bates R. C. and Murphy P., The Rheumatic Fever Research Institute, 1956.

Поступила 3 марта 1960 г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИАЛОВОЙ КИСЛОТЫ И БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

Студ. В. И. Новичков

Кафедра факультетской терапии (зав. — проф. З. И. Малкин)
Казанского медицинского института

В доступной нам отечественной и зарубежной литературе мы не нашли данных о содержании и динамике сиаловой кислоты при хронических неспецифических заболеваниях легких. В связи с этим мы решили провести наблюдения и сопоставить полученные результаты с клинической картиной и такими показателями воспалительного процесса, как РОЭ и количество лейкоцитов, а также с белковыми фракциями, которые определялись методом электрофореза на бумаге.

Было исследовано 75 больных, из них 25 с обострением бронхоэктатической болезни, из которых у 3 она осложнилась абсцедированием, 6 — с абсцессом легкого, 10 — с хронической эмфиземой в сочетании с легочно-сердечной недостаточностью, 14 — с бронхиальной астмой, 7 — с крупозной пневмонией, 10 — с бронхопневмонией и 3 — с раком легкого.

У всех (за исключением 3) больных бронхоэктатической болезнью и абсцессом легких уровень сиаловой кислоты был повышен и колебался от 0,227 до 0,286 единиц оптической плотности. У трех больных, которые исследовались в стадии выздоровления, уровень сиаловой кислоты не был повышен.

У больных раком легкого уровень сиаловой кислоты колебался от 0,296 до 0,405 ед.

При крупозной пневмонии и бронхопневмонии уровень сиаловой кислоты был от 0,220 до 0,312 ед. и приходил к норме в основном на 12—15 дни болезни. Одновременно наблюдалось увеличение α_1 -, α_2 - и γ -глобулинов при относительном уменьшении альбуминов.

При клиническом улучшении нормализуются уровень сиаловой кислоты, РОЭ и белковые фракции. Однако белковые фракции нормализуются позже, чем сиаловая кислота.

У больных бронхиальной астмой, пневмосклерозом, эмфиземой, не осложненной каким-либо воспалительным процессом, уровень сиаловой кислоты не повышен, белковые же фракции претерпевают изменения. Так, при бронхиальной астме и у больных выраженной эмфиземой и легочно-сердечной недостаточностью найдено увеличение α_1 -, α_2 - и γ -глобулинов при относительном уменьшении альбуминов.

Поступила 29 июня 1961 г.

ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ С ТОТАЛЬНОЙ СЕКВЕСТРАЦИЕЙ ЛЕВОЙ БЕЗЫМЯННОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА

А. А. Агафонов

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Как известно, у детей лечение остеомиелита должно быть более консервативным, чем у взрослых. Однако применение антибиотиков, даже в ранние сроки и в больших дозах, не во всех случаях дает благоприятные результаты, и оперативное вмешательство становится неизбежным, что и наблюдалось в приводимом случае.

Т., 8 лет, поступила 9/IX-58 г. из районной больницы. Состояние тяжелое, температура — 39°, пульс — 120, сознание спутанное. Заболела 25/VIII-58 г. остро. Спустился 7—8 часов после езды на жестком багажнике мотоцикла по тряской дороге развилось тяжелое состояние с повышением температуры до 40°, рвотой и потерей сознания. За неделю до настоящего заболевания перенесла ангину.

В районной больнице в начале заболевания девочка лечилась от предполагаемой пневмонии, получая 400 тыс. ед. пенициллина в сутки. Впоследствии выявилась картина воспалительного процесса в области левой седалищной кости. На седьмой день заболевания на рентгенограмме обнаружен остеомиелитический процесс левой седалищной кости у места ее сочленения с лобковой. Непосредственной причиной заболевания у нашей больной можно считать травматизацию (Войно-Ясенецкий) мягких тканей и костей таза (лобковых и седалищных) при езде на жестком багажнике мотоцикла, а предрасполагающим моментом — перенесенную ангину с инфекцией и сенсibilизацией (С. М. Деряжанов).

В клинику больная получала антибиотики (пенициллин — 2400 тыс. ед., стрептомицин — 500 тыс. ед. в сутки), глюкозу, сердечные, витамины, однако общее состояние не улучшалось. Припухлость, боли и покраснение кожных покровов в области левой седалищной кости нарастали.

11/IX-58 г. — операция (А. А. Агафонов) под интубационным эфирно-кислородным потенцированным наркозом. Через левый промежностный разрез удалена изъеденная свободно лежащая и омываемая большим количеством гноя левая седалищная кость. Дренирование полости. Наложена кокситная гипсовая повязка.

После операции состояние ребенка по-прежнему остается тяжелым. Температура держится на высоких цифрах. Левый сдвиг в крови, белок в моче. Обильное гноетечение из раны. На рентгенограмме от 2/X-58 г. обнаружено отсутствие левой седалищной кости, лобковая кость представляет свободно лежащий секвестр, суставная впадина слева частично отсутствует, головка бедра лежит свободно, и в ней определяются деструктивные изменения. Крыло подвздошной кости смещено вверх. После консультации с проф. П. В. Кравченко решено произвести повторную, более радикальную операцию. 3/X-58 г. — операция, эфирно-масочный наркоз. Разрез в области левой лобковой кости. При исследовании через разрез и ранее образованную промежностную рану обнаружено: лобковая и подвздошная кости представляют собой свободно лежащие секвестры, изъеденные, лишенные надкостницы. Головка бедра так же шероховата и лишена хрящевой поверхности. Левая лобковая кость удалена. При исследовании пальцем задней поверхности подвздошной кости возникло сильное кровотечение. Состояние больной резко ухудшилось, исчезли пульс и дыхание, зрачки расширены, тоны сердца не выслушиваются, АД не определяется. Наркоз прекращен, обширная полость затампонирована, в артерию перелито 250 мл группной крови. Искусственное дыхание, кислород, сердечные. Постепенно восстано-