

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

A. A. 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. Спустя 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 выявились 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 сенсибилизацией (С. М. Дерижанов).

В клинике 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 омыляемая 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 гноетсяечение 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 одногруппной крови. Искусственное дыхание, кислород, сердечные. Постепенно восстановлено

вились сердечная деятельность и дыхание. Наложена кокситная повязка. В крайне тяжелом состоянии ребенок доставлен в палату. Резкое ухудшение состояния больной в процессе операции не позволило выполнить операцию радикально.

В дальнейшем переливание крови, введение больших доз антибиотиков, глюкозы, витаминов продолжались. К этому периоду болезни ребенок находился в состоянии крайнего истощения. Появились обширные пролежни на крестце и остистых отростках позвоночника. Температура держалась на высоких цифрах, нарастала анемия, резкий сдвиг крови влево, белок в моче. Появился остеомиелитический процесс левой лучевой кости. Посевы крови стерильны. Из гноя выделен золотистый стафилококк, чувствительный к пенициллину и стрептомицину. Консервативное лечение не улучшало состояния больной, в связи с чем решено, что удаление секвестрировавшей левой безымянной кости и пораженной остеомиелитическим процессом головки левой бедренной кости, несмотря на обширность и тяжесть предполагаемого вмешательства, остается единственный мерой для спасения жизни больной.

8/X-58 г. операция. Потенцированный интубационный эфирно-кислородный наркоз. Разрез по наружной поверхности левого бедра от верхнего края подвздошной кости до средней трети. Удалена вся подвздошная кость. Произведено удаление пораженной головки и шейки левого бедра. В обширную полость введены дренажи и тампоны. Наложена контрапертура в области левой поверхности крестца. Разрез в проекции дистального отдела левой лучевой кости. Выделилось немного густого гноя. Наложены мазевые повязки, гипсовая лонгета на левое предплечье. Из-за тяжести состояния, обширных пролежней и ран в области таза, отсутствия левой безымянной кости решено кокситную повязку заменить гипсовыми лонгетами и наложением легкого вытяжения за левую ногу.

В дальнейшем больная начала медленно поправляться — улучшились общее состояние, показатели крови, появились здоровые грануляции в ранах, полость на месте удаленных костей таза уменьшилась. 13/XII-58 г. выписана в удовлетворительном состоянии для долечивания по месту жительства.

Спустя более года с момента выписки состояние ребенка хорошее, может ходить без палочки, но прихрамывает на левую ногу вследствие укорочения левого бедра. На рентгенограммах видно значительное восстановление костей таза за счет сохранившейся надкостницы.

Клиника не является сторонницей ранних вмешательств на губчатых плоских костях при остеомиелите, тем более в детском возрасте, однако в данном случае секвестрировавшие кости таза являлись как бы инородными телами, поддерживающими инфекцию, и единственным спасением больной было их удаление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 1956.— 2. Еланский Н. Н. и Клевиц В. Е. Хирургия, 1959, 4.— 3. Корнев П. Г. Вопросы раневого остеомиелита. Л., 1947.— 4. Дерижанов С. М. Патологическая анатомия и патогенез остеомиелита. Смоленск, 1940.— 5. Руфанов И. Г. Общая хирургия. М., 1953.

Поступила 25 января 1960 г.

РЕЗЕКЦИЯ ОБШИРНОГО УЧАСТКА ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА

Ю. Л. Шальков

Шугуровская участковая больница (главврач — Х. А. Сибгатуллин)
Лениногорского района ТАССР

И., 10 лет, поступила в хирургическое отделение 21/I-61 г. с диагнозом: «острый аппендицит (?)».

Утром 19/I-61 г., катаясь на лыжах, девочка упала, после чего появились очень сильные боли в животе, которые вскоре несколько стихли, 20/I-61 г. боли усилились, появилась неоднократная рвота. Стула не было.

При поступлении состояние больной тяжелое, кожа сухая, язык обложен грязным налетом, сухой.

Пульс — 120—140, ритмичный, слабого наполнения. АД — 80/50.

Живот в акте дыхания не участвует, значительно вздут, симметричен. При пальпации определяются напряжение всей брюшной стенки, резкая болезненность, более интенсивная в правом отделе живота. Симптом Щеткина во всех отделах живота. В отлогих местах — свободная жидкость. Ампула прямой кишки зияет. Перистальтика не выслушивается.

Л. — 34 200, п. — 25%, с. — 65%, м. — 8%, л. — 2%.