



Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки мальчика С. 3 лет в прямой проекции.



Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной клетки и шеи мальчика 7 лет в прямой проекции.

26.04.85 г. в клинику поступил мальчик 7 лет с жалобами на осиплость голоса, периодический приступообразный кашель. Общее состояние удовлетворительное.

Из анамнеза: четыре месяца назад держал во рту проволоку, сделав глубокий вдох, закашлялся. За медицинской помощью не обращался. У ребенка оставались осиплость голоса, периодический кашель.

Рентгенологическое исследование показало, что инородное тело длиной 20 мм располагается в верхнем отделе трахеи (рис. 2).

При прямой ларингоскопии под общим обезболиванием в просвете голосовой щели видна часть проволоки. Попытки удаления щипцами оказались безуспешными. Выполнена верхняя бронхоскопия. Проволока прочно фиксирована в стенке начального отдела трахеи, покрыта грануляциями. Тракции щипцами вызывают отторжение слизистой оболочки. Место фиксации обработано спиртом и раствором нафтизина. Произведен линейный разрез длиной 3 мм устройством для рассечения тканей трубчатого органа. В последующем инородное тело удалось низвести в правый бронх и извлечь через тубус бронхоскопа.

На контрольной бронхоскопии, произведенной через пять дней, было отмечено наличие фибринозного налета и рубца на месте фиксации проволоки.

Таким образом, применение устройства для рассечения тканей трубчатого органа позволило наименее травматично удалить инородные тела, фиксированные в стенке трахеобронхиального дерева.

УДК 616.931—06:616.831.8—008.6—08

Н. И. Гаврилова, С. С. Лебензон, А. Ф. Колесникова (Новосибирск). Коррекция нарушений иммунитета в комплексном лечении тяжелой дифтерийным полирадикулоневритом

Х., 39 лет, направлена в клинику детских инфекционных болезней Новосибирского медицинского института 14.02.84 г. с диагнозом: дифтерийный полиневрит с бульбарным синдромом. Муж и дети здоровы. Контакты с инфекционными больными отрицает. Раньше ничем не болела. О прививках не помнит.

Заболела остро 03.01.84 г.: температура тела повысилась до 39°, была повторная рвота, отмечались общая слабость, сердцебиение. С первого дня болезни появилась боль в горле при глотании, со второго — отек в области шеи. С 06 по 10.01 больная находилась в участковой больнице с диагнозом «заглоточный абсцесс». На 6-й день болезни температура нормализовалась, но состояние не улучшилось: нарастала слабость, сохранялись изменения в зеве.

10.01 с диагнозом «язвенно-некротическая ангина» больная поступила в хирургическое отделение ЦРБ, где находилась до 13.02.84 г. С 22.02.84 г. беспокоят боли в области сердца, головокружение; АД до 10,6/8,0 кПа, тахикардия до 100 уд. в 1 мин, приглушение тонов и на ЭКГ — диффузные изменения в миокарде. 03.02 появилась гнусавость голоса. 14.02 после консультации в областной больнице с диагнозом дифтерийного полиневрита была направлена в инфекционный стационар.

При поступлении в клинику общее состояние очень тяжелое. Жалуется на резкую слабость, головокружение, сонливость, осиплость голоса, поперхивание во время еды. Бледная, черты лица заостренные, кожа сухая, тургор сниженный.

Асимметрия носогубных складок. Грубый бульбарный синдром: дисфония, дисфагия, дизартрия. Рефлексы с мягкого неба не вызываются. Рвотного глоточного и кашлевого рефлексов нет. Язык отклонен вправо. В верхних дыхательных путях — большое количество слизи, мокроты, которую откашливать не удается. Отмечается гипотония мышц конечностей. Сухожильные рефлексы на руках живые, симметричные; на ногах сниженные. Патологических знаков и менингеальных симптомов нет. Брюшные рефлексы отсутствуют. Нарушений тактильной, болевой, температурной чувствительности нет. В позе Ромберга неустойчива. Слизистые полости рта чистые, миндалины от налетов свободны, гиперемии нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, пульс — 78 уд. в 1 мин, слабого наполнения. АД — 13,2/12,0 кПа. Границы сердца — в пределах возрастной нормы. В легких перкуторно-легочной звук, аускультативно выслушиваются по всем полям сухие и крупнопузырчатые влажные хрипы. Экскурсия межреберных промежутков недостаточная. Число дыханий — 28 в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень — у края реберной дуги, селезенка не увеличена. Отмечается задержка стула. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный.

При прямой ларингоскопии: надгортанник не изменен, весь просвет гортани и трахеи заполнен слизью, голосовые связки при фонации не смыкаются, налетов нет. 13.02.84 г. из зева и носа выделена *Corynebacterium diphtheriae tox. mitis*.

Больной назначена комплексная терапия: внутривенное капельное введение жидкости (низкомолекулярные кровезаменители, 5% раствор глюкозы, одноклассовая нативная лечебная плазма), преднизолон (60 мг в сут); 0,05% прозерин (по 1 мл) 2 раза в сутки подкожно; 0,1% стрихнина нитрат (по 1 мл) 2 раза в сутки подкожно; АТФ (по 1 мл) внутримышечно; витамины группы В, метицилин по 500 тыс. 4 раза в сутки внутримышечно. Питание больной осуществлялось через назогастральный зонд 6 раз в сутки. Слизь из верхних дыхательных путей периодически отсасывалась электроотсосом.

С 14.02. по 09.03.84 г. состояние больной оставалось очень тяжелым. Нарастали явления пареза верхних и нижних конечностей, усилились явления бульбарного синдрома — голос

стал беззвучным, глотание нарушилось, присоединился парез мышц шеи, туловища, плечевого пояса. Развилась левосторонняя нижнедолевая пневмония и частичный (левосторонний) паралич диафрагмы.

Общий анализ крови от 22.02.84 г.: эр.— $4,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb — 1,86 ммоль/л, л — $8,8 \cdot 10^9$ в 1 л, л.—82%, эоз.—3%, лимф.—14%, мон.—1%; СОЭ — 42 мм/ч.

Общий анализ мочи от 18.02.84 г.: отн. пл.—1,017, белок — 0,31 г/л, л.—30—35, цилиндры гиалиновые — 2—3, эр.—10—15, эпителий плоский — 2—4 в поле зрения.

ЭКГ от 21.02.84 г.: электрическая ось сердца не отклонена, синусная тахикардия; нарушение внутрижелудочковой проводимости, единичные предсердные и желудочковые экстрасистолы; резко выраженные признаки нарушения метаболизма в сердечной мышце.

13.03.84 г. рентгенограмма органов грудной клетки: слева — частичная релаксация купола диафрагмы и очаги инфильтрации; в нижней доле — плевродиафрагмальная шварты.

Поскольку период пика развития полирадикулоневритов сопровождается выраженными биохимическими сдвигами, изменениями метаболизма и нарушениями процессов иммуногенеза, мы определяли у больной в динамике болезни содержание Т-, В-, Д-, ауторозеткообразующих лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров и макрофагов периферической крови.

Данные лабораторного исследования от 22.02.84 г.: содержание Т-лимфоцитов — 30,0% ($0,396 \cdot 10^9$ в 1 л), у здоровых лиц — $56,0 \pm 4,0\%$ ($1,056 \pm 0,102 \cdot 10^9$ в 1 л), В-лимфоцитов — 14,0% ($0,185 \cdot 10^9$ в 1 л) при норме $9,6 \pm 2,4\%$ ($0,182 \pm 0,022 \cdot 10^9$ в 1 л); Д-лимфоцитов — соответственно — 2,0% ($0,026 \cdot 10^9$ в 1 л) и $2,4 \pm 0,4\%$ ($0,045 \pm 0,006 \cdot 10^9$ в 1 л), ауторозеткообразующих Т-лимфоцитов ($0,079 \cdot 10^9$ в 1 л) — $4,3 \pm 0,5\%$ ($0,064 \pm 0,008 \cdot 10^9$ в 1 л), Т-хелперов — 21% ($38,4 \pm 1,3\%$), Т-супрессоров — 2% ($20,2 \pm 1,7\%$) и фагоцитирующих моноцитов периферической крови — 1,0% ($0,031 \cdot 10^9$ в 1 л) при норме $4,1 \pm 0,5\%$ ($0,085 \pm 0,011 \cdot 10^9$ в 1 л). Депрессия Т-лимфоцитарного звена, фагоцитирующих моноцитов периферической крови стала основанием для назначения больной левамизола по 75 мг 1 раз в день на протяжении трех дней.

В дальнейшем в комплекс средств терапии включены физиотерапия, общий массаж, лечебная гимнастика; метициллин был сменен на морфоциклин по 150 тыс. 2 раза внутривенно. Кроме того, шестикратно был назначен 0,005% продигозан по 0,5 мл методом электрофореза на область грудной клетки слева в первые 2 дня и по 1 мл в последующие 4 дня.

Улучшение состояния, регрессия всех симптомов наблюдались с 14.03.84 г. на 70-й день болезни, когда у больной стали восстанавливаться голос, глотание, появилась возможность откашливать мокроту. 27.03.84 г. был удален назогастральный зонд. Очень медленно увеличивалась сила в конечностях (сначала верхних, затем нижних). На следующий день полностью восстановился голос, еще через день — дыхательные движения грудной клетки, исчезли симптомы пневмонии. 03.04 начала самостоятельно есть, с 09.04 переворачиваться со спины на бок и поднимать руки, с 12.04 самостоятельно садиться, а с 17.04 передвигаться в боксе.

Общий анализ крови от 11.04.84 г.: эр.— $4,9 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb — 2,1 ммоль/л, л.— $6,4 \cdot 10^9$ в 1 л, п.—2%, с.—45%, лимф.—46%, мон.—3%, эоз.—4%; СОЭ — 20 мм/ч. Нормализовалось содержание Т- и Д-лимфоцитов периферической крови; несколько превышая норму, возросло число В-лимфоцитов, очевидно, как отражение активации гуморального иммунитета. Наблюдалась тенденция к повышению содержания Т-хелперов и Т-супрессоров. Число фагоцитирующих моноцитов периферической крови резко увеличилось по сравнению не только с исходными данными, но и с показателями у здоровых. Поднялся уровень и ауторозеткообразующих Т-лимфоцитов периферической крови, что свидетельствовало о соответствующем снижении числа и функциональной активности лимфоцитов, потребности в которых в этом периоде реконвалесценции организм больной уже не испытывал.

Данные лабораторного исследования от 11.04.84 г.: содержание Т-лимфоцитов — 67,0% ($1,773 \cdot 10^9$ в 1 л); В-лимфоцитов — 9,0% ($0,238 \cdot 10^9$ в 1 л); Д-лимфоцитов — 1,0% ($0,026 \cdot 10^9$ в 1 л), фагоцитирующих моноцитов периферической крови — 7,0% ($0,192 \cdot 10^9$ в 1 л); ауторозеткообразующих Т-лимфоцитов — 5,0% ($0,137 \cdot 10^9$ в 1 л), Т-хелперов — 28,0%, Т-супрессоров — 12,0%.

20.04.84 г. общий анализ мочи: отн. пл.—1,010, белок — следы, лейкоциты — 2—4, эпителий плоский — 1—3 в поле зрения.

ЭКГ от 16.04.84 г.: отмечаются положительная динамика, синусный ритм; признаки гипоксии менее выражены; нарушений проводимости нет.

Рентгенография органов грудной клетки от 28.03.84 г.: легкие и сердце — без видимых изменений, купол диафрагмы расположен обычно.

С 17.04 по 16.05.84 г. наблюдалось дальнейшее улучшение состояния, восстановление двигательной и силовой активности в конечностях. Больная стала прибавлять в массе тела (за период болезни она потеряла 24 кг).

16.05.84 г. на 133-й день болезни больная по ее просьбе была выписана домой в удовлетворительном состоянии, с остаточными явлениями полирадикулоневрита.

Таким образом, мы убедились в целесообразности включения под контролем соответствующих исследований иммунокорректоров — левамизола и продигозана — в комплекс терапевтических мероприятий при токсической дифтерии с тяжелым полирадикулоневритом и другими органическими поражениями. Действие этих препаратов на систему фагоцитирующих клеток крови преимущественно однонаправленно, тем не менее оно не совсем идентично и многогранно, а потому способствует нормализации функции и саногенезу системы иммунитета.

УДК 618.391—085

Ф. А. Мифтахова, Д. П. Игнатьева, С. Ф. Гараева (Казань). Исходы внебольничных аборт

Хотя каждая женщина может прервать нежелательную беременность в условиях гинекологического стационара, внебольничные аборты, несмотря на проводимую профилактическую работу, и сегодня остаются важной проблемой акушерства и гинекологии.

Мы проанализировали 479 историй болезни с внебольничным аборт по материалам гинекологического отделения 5-й городской больницы г. Казани, специализированного по септическим осложнениям в акушерстве.

В 1-ю группу (150 чел.) были включены женщины с криминальным вмешательством (прием сокращающих средств, введение в матку катетера и различных растворов), которые факта прерывания беременности не скрывали, во 2-ю — 257 женщин с внебольничным