

Так, после перенесенной легкой формы заболевания уровни АЛАТ составляли в овуляционном пике $2,27 \pm 0,18$ ммоль/(ч·л), лютеиновом пике — $1,94 \pm 0,25$ и вне пиков — лишь $0,72 \pm 0,07$, после среднетяжелого течения — соответственно $2,38 \pm 0,29$, $2,02 \pm 0,29$ и $0,76 \pm 0,09$ ммоль/(ч·л), после тяжелой формы заболевания — $2,63 \pm 0,36$, $2,12 \pm 0,36$, $0,79 \pm 0,11$ ммоль/(ч·л).

Показатели E_2 в овуляционном и лютеиновом пиках существенно отличались от таковых, зарегистрированных вне данных пиков.

Аналогичные результаты были получены и при исследовании активности АЛАТ у женщин, находившихся под диспансерным наблюдением. Так, в овуляционном, лютеиновом пиках и вне их показатели АЛАТ составляли соответственно $1,21 \pm 0,11$, $0,84 \pm 0,07$ и $0,6 \pm 0,05$ ммоль/(ч·л) ($P < 0,01$).

Поскольку продолжительность менструального цикла у женщин репродуктивного возраста колеблется от 21 до 36 дней, мы в каждом конкретном случае определяли время наступления предполагаемых овуляционного и лютеинового пиков, соответствующих наиболее высоким показателям активности АЛАТ, согласно выведенным формулам определения сроков максимальной инкреции эстрогенов у здоровых женщин: $p_0 = (n - 15) \pm 1$, $p_1 = (n - 7) \pm 1$, где n — длительность менструального цикла, p_0 и p_1 — дни овуляционного и лютеинового пиков.

До изменения принятых нормативов активности АЛАТ с учетом половых различий данные формулы могут быть использованы для вычисления оптимальных сроков взятия крови на активность ферментов у репродуктивных женщин репродуктивного возраста перед выпиской из стационара и при их диспансерном наблюдении после перенесенного вирусного гепатита.

УДК 616.322—002.2—031.64

Х. А. Алиматов, Д. Д. Джабаров (Казань). Множественные осложнения паратонзиллита с благоприятным исходом

Воспалительный процесс при паратонзиллите может распространиться на клетчаточные пространства шеи и средостения с развитием тяжелых осложнений. Приводим собственное наблюдение множественных осложнений паратонзиллита с благоприятным исходом.

Н., 34 лет, поступил в клинику ЛОР-болезней КГМИ 05.03.1985 г. с жалобами на боли в горле при глотании, резкие боли в области шеи слева. Заболел 02.03.1985 г., когда после бани выпил холодной воды; через 2 дня обратился к ЛОР-врачу. Вскрыт левосторонний паратонзиллит; гноя не получено; назначено лечение. Однако на следующий день больного с ухудшением состояния был доставлен службой скорой медицинской помощи в ЛОР-клинику. В анамнезе имеется хронический тонзиллит.

При поступлении состояние больного тяжелое: температура — $37,8^\circ$, пульс — 128 уд. в 1 мин, АД — $21,3/13,3$ кПа; имеется инфильтрация кожи левой щеки, подчелюстной области и левой боковой поверхности шеи до ключицы, тризм жевательной мускулатуры до 1,5 см. Левая боковая стенка глотки гиперемирована, отечна, инфильтрована; на месте бывшего разреза — фибринозный налет. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Анализ крови — эр. — $3,85 \cdot 10^{12}/л$, Нб — $2,2$ ммоль/л, л. — $8,2 \cdot 10^9/л$, ю. — 6%, п. — 6%, с. — 68%, э. — 1%, лимф. — 20%, мон. — 4%;

СОЭ — 41 мм/ч. Больному поставлен диагноз: левосторонний паратонзиллит, осложнившийся флегмоной шеи слева. Срочно произведена операция — вскрытие флегмоны окологлоточного пространства шеи и верхних отделов переднего средостения слева. Все клетчаточное пространство шеи и средостения, куда распространилась инфекция, дренированы. Проводили интенсивную противовоспалительную, дезинтоксикационную, общеукрепляющую терапию: три раза в сутки делали перевязки с отсасыванием гноя и промывали рану растворами антисептиков. В посеве из операционной раны был выделен золотистый стафилококк, чувствительный к гентомицину, линкомицину, ристомицину.

Несмотря на проводимое лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось: увеличился отек левой щеки, появились признаки сепсиса, большой временами находился в состоянии септического делирия. 08.03 при нарастающих явлениях стеноза гортани произведены трахеостомия, вскрытие и дренирование гнойника в заднем средостении, из которого по предпозвоночной фасции в рану поступал жидкий гной. Продолжали интенсивную терапию. Контрольное рентгенологическое исследование от 11.03 подтвердило увеличение размеров средостения по сравнению с данными от 08.03. Ввиду неэффективности лечения и недостаточности дренирования гнойника 11.03 совместно с торакальным хирургом произведены правосторонняя торакотомия и медиастинотомия с дренированием средостения и плевральной полости. 12.03 челюстно-лицевым хирургом обнаружена, вскрыта и дренирована флегмона левой щеки. Большой осмотрен терапевтом: выявлены сепсис с поражением внутренних органов, миокардит, двусторонняя нижнедолевая пневмония, дыхательная недостаточность III ст., легочно-сердечная недостаточность II степени. Проведена коррекция лечения.

Состояние больного постепенно улучшалось, дыхание через естественные пути восстановилось и 21.03 была выполнена деканюляция. Однако через пять дней состояния больного вновь ухудшилось, повысилась температура тела до $39,5^\circ$. При повторной рентгеноскопии средостения от 26.03 обнаружена полость с горизонтальным уровнем жидкости в верхних отделах справа. 28.03 вскрыт правосторонний изолированный парамедиастинальный абсцесс черешейным доступом справа. Из полости абсцесса синхронно актам дыхания выделилось большое количество зловонного гноя. Полость гнойника была дренирована и два раза в сутки ее промывали через дренажную трубку. Состояние больного после этого стало прогрессивно улучшаться, раны на шее постепенно очистились и склеились. Больной выписан домой под наблюдение терапевта по поводу остаточных явлений миокардита.

Таким образом, к выздоровлению больного привели раннее хирургическое лечение с широким дренированием ран и массивная противовоспалительная терапия.

УДК 616.314.18—002.4—08—089.8

Н. А. Горячев (Казань). Парадонтальный очаг и последствия его устранения

Роль стоматогенных очагов хронической инфекции общеизвестна. Большинство работ посвящено тонзиллярному и зубному (околоверхушечному) очагам. Хотя очаг хронического воспаления в пародонте рассматривается как хорошо дре-