

результатах, несмотря на назначение соответствующего лечения, игнорируют последнее. Как убедил меня клинический опыт и опыт эксперта по инвалидности, дурные конечные исходы в лечении костных переломов обязаны нередко лечащему персоналу, недооценивающему необходимости механотерапии для больных с переломами конечностей и отношению к лечению самих больных. Вопросу о механотерапии для больных с переломами конечностей в период после снятия повязок (вытяжения) необходимо уделять должное внимание как в условиях стационарного, так и в условиях амбулаторного лечения.

В заключение я хотел бы лишний раз подчеркнуть, что считаю метод вытяжения лучшим при лечении переломов конечностей, но считаю его противопоказанным при невозможности постоянного контроля над больными при амбулаторном лечении и при отсутствии подходящих условий в стационарном лечении. При выборе каждого метода нужно уточнять показания и при выборе метода иммобилизации индивидуализировать методику при каждом виде перелома. Механотерапия должна занять должное место в курсе лечения больных с переломами конечностей.

Литература. 1. Вегнер. Переломы и их лечение. 1926.— 2. König-Arch. f. klin. Chir. 1905, N. 3.— 3. Lane. Lancet. 1900.— 4. Петрашевская. Вест. хир. и погр. об., кн. 20.— 5. Парин. Ibid., кн. 24.— 6. Поль. Ibid., кн. 15.— 7. Фиников. Ibid., кн. 4, 5, 6.— 8. Чаклин. Журнал современ. хир., вып. 22—23, 1929.

Из Госуд. акуш. гинекол. ин-та НКЗ в Ленинграде: из Клиники послеродовых заболеваний (зав.—проф. Л. И. Бубличенко) и био-химич. лабор. (завед.—проф. О. С. Манойлова).

К вопросу о значении кальция при послеродовых заболеваниях.

И. И. Богорова.

(Предварительное сообщение).

Накопившиеся к настоящему времени в большом количестве данные о физиологическом значении солей кальция позволяют отнести эти последние к разряду бесспорно важнейших факторов животного организма. Правда, в этой области мы еще и сейчас очень далеки от окончательного разрешения вопроса. Все же следует признать, что в этом направлении достигнуто уже много положительных результатов.

Помимо давно известной роли солей Са в процессах костеобразования, установлено их тесное отношение к вегет. н. с. и эндокринным железам (Zondek, Icko, Schültze, Leites, Богомолец, Манойлова, Щеглов и др.), к фагоцитарной (усиливают фагоцитоз—Кольцов, Hamburger) и ферментативной (активируют трипсинзимоген—Rona и Bien) деятельности клеточных элементов (Манойлова, Леонтьева), к процессам регуляции кислотно-щелочного равновесия (Rona, Takahashi и др.) и т. д. Словом, доказано непосредственное и очень активное участие ионов Са в деле сохранения надлежащего физико-химического состояния коллоидов (Abderhalden, Палладин).

Разумеется, не менее велика роль Са и при патологических состояниях, когда организм мобилизует все имеющиеся в его распоряжении

регулярные приспособления к борьбе за свое благополучие. Вот почему Са-терапия получила за последнее время такое широкое распространение почти во всех областях патологии. Однако эта терапия пока еще носит эмпирический характер, вследствие чего эффект ее часто не оправдывает наших ожиданий. В этом отношении не составляет исключения и область послеродовых заболеваний, в применении к которой упомянутый вопрос и является, собственно, непосредственным предметом наших исканий.

Многостороннее значение кальция для жизненных функций организма требует точных лабораторных и экспериментальных исследований по вопросам его содержания в крови и тканях при различных условиях и под влиянием различных воздействий. Работы в этом направлении начаты нами в прошлом году. Но предварительно мы считали необходимым проверить константу Са в крови при различных послеродовых заболеваниях, каковые исследования и представляются в данном сообщении. К этой предварительной работе нас тем более побуждало то обстоятельство, что подобные исследования еще слишком малочисленны и не вполне четки. В русской литературе мы нашли всего около 60 обследований (Дибобес и Кватер—30, Морозова и Сердюков—23 и единичные у др. авторов). Незначительно число их и у иностранных авторов.

Всего нами произведено 50 обследований, которые распределяются следующим образом: 36—у различных послеродов. больных—4 повторных обследования и 6—у норм. родильниц (для сравнения)—4 до родов (из числа тех же родильниц).

Анализы нами производились в точности по методике De-Waard'a с тщательным соблюдением всех положений, касающихся контрольных опытов, качества сыворотки и т. п. Кровь бралась натощак в количестве 5—6 к. с. из локтевой вены иглой без шприца (самотеком), ставилась в термостат на 1 час, после чего центрифугировалась и подвергалась исследованию по указанному методу. Всех анализов сделано 150. Результаты изображены в след. таблицах №№ 1—3.

Нормальный пуэрперий.

Табл. № 1.

№№ по порядку	День после родов	Са в mgr % после родов	Са в mgr % во время род.	П р и м е ч а н и я
1	2	9,2	11,3	В послеродов. периоде значит. кровот.
2	2	12,2	10,0	Все обследованные этой группы — первородящие, в возрасте 20—30., со средн. прод. норм. родов и средн. весом плода.
3	3	11,9	11,3	
4	4	12,0	11,1	
5	5	8,9	—	
6	6	8,4	—	

В среднем 10,4 mgr %.

Из табл. № 1 видно, что в 6-ти случаях нормального пуэрперия (на 2—6 д. после родов) цифры Са колеблются в пределах 8,4—12,2, составляя в среднем 10,4 mgr. %. Предпринятым нами в 4-х случаях определением Са у одних и тех же женщин после родов и во время родов обнаружено в 3-х случаях повышение содержания его в первые дни пуэрперия и только в одном случае—понижение, которое, однако, можно объяснить бывшей значительной кровопотерей в послеродовом

Общие послеродовые заболевания.

Табл. № 2.

№№ по пор.	Д и а г н о з	День после родов	Т° тела при взятии крови	Са в mgr % при перв. исслед.	Са в mgr % при повторн. исслед.	П р и м е ч а н и я
1	Septicaemia	12	40	8,4	—	—
2	Septicopyaemia . . .	—	39,8	13,0	—	4 д. после малого кес. сечения, 6-ная умерла.
3	"	30	38,8	9,1	14,0	Была экл. sub partu; повт. исслед.—при 10 37,3 и знач. улучш. (через 16 дней).
4	"	7	40,5	6,8	—	Была sectio caes. extraperit. при повыш. темп.
5	"	60	39,6	8,8	—	—
6	"	24	40,6	8,0	—	Ручное отд. последа, после септ. искусств. аборта при берем. 3½ м.

В среднем 9,0 mgr. %.

периоде. Эти данные, между прочим, соответствуют указаниям целого ряда других авторов (Бубличенко, Петров-Маслаков, Соловцева, Морозова и Сердюков и др.). Разумеется, делать какие-либо определенные выводы в данном отношении не представляется возможным за малочисленностью случаев.

В таблицах 2 и 3 показано содержание Са в сыворотке послеродовых больных при заболеваниях крови (табл. № 2) и различных местных осложнениях (табл. № 3). Дифференцировать эти случаи на большее количество групп, как это делают Дибобес и Кватер, мы не видим достаточных оснований и полагаем, что этот путь может только привести к запутанным представлениям.

Как видно из табл. № 2, в случаях послеродовой септицемии и септикопиемии Са-сыворот колеблется в пределах 6,8—13,0, давая в среднем 9,0 mgr. %. При местных же послеродовых заболеваниях (табл. № 3) средняя цифра Са=10,0 mgr. % (колебания—7,2—15,2). Наши цифры по абсолютной своей величине несколько меньше цифр большинства других исследователей, что, вероятно, зависит от деталей методики. Но нас интересуют не абсолютные, а относительные величины. Последние же вполне сходятся с данными всех авторов, т. к. показывают, что при тяжелых послеродовых заболеваниях крови, в сравнении с нормальным пуэрперием, имеется довольно значительное понижение содержания Са в крови, а при местных послеродовых заболеваниях—лишь незначительное снижение, мало отличающее цифры у этих больных от таковых у норм. родильниц.

Между прочим, при сравнении средних цифр Са послеродовых больных с цифрами нормальных родильниц не следует забывать, что у первых кровь исследовалась нами по большей части через значительно большие промежутки времени после родов, чем у последних. А так как, по весьма основательному мнению некоторых авторов (Linzenmeier

Местные послеродовые заболевания.

Табл. № 3.

№№ по пор.	Д и а г н о з	День после родов	Т° тела при взятии крови	Са в mgr % при перв. исслед.	Са в mgr % при повторн. исслед.	П р и м е ч а н и я
1	Trombophlebitis	35	39,5	15,2	13,1	Вязк. крови 2", свертив. 2' 37" по Лычковскому; повторн. исслед. — через 2 нед. (при улучшен.).
2	Metrotrombophleb.	30	36,0	12,5	—	Вязк. крови 5", сверт. 2' 39" по Лычковск.
3	Pelveo-peritonitis.	30	37,8	9,0	—	После аборта.
4	"	—	36,5	10,0	—	—
5	"	—	38,0	7,8	—	—
6	Peri-param., icterus, ascit.	5	38,8	8,1	—	—
7	Parametritis	8	37,5	14,3	—	—
8	"	15	37,3	12,6	—	—
9	Salp.-oophoritis	—	36,6	7,2	—	Имелся диплококк Neisser'a.
10	Abort. febr.	—	38,0	8,9	—	Лихор. около нед. дома на почве какой-то киш. инф.
11	"	—	37,6	11,0	—	После выскаблив. быстро выздоровление.
12	Endometritis puerp.	6	41,5	8,5	—	В животе опухоль (возм. злокачеств.).
13	Endometritis.	30	38,9	8,8	—	—
14	Endometrit. puerp.	7	37,5	7,7	—	—
15	" pleurit.	4	38,0	9,4	—	—
16	Endometritis	4	38,1	9,3	—	—
17	"	10	37,7	12,0	—	—
18	"	6	37,8	11,0	—	—
19	Endom., fibrom. uteri	3	37,5	12,0	11,6	Повт. исслед через 1½ м (при выздоровл.).
20	Ulc. puerp, supp.	5	38,8	8,0	—	—
21	Subinvol, malar., icter.	7	37,2	8,4	10,4	Повторн. исслед. через 5 дн. (при улучш. сост. б-й).
22	Subinvol., lochyometra	17	36,3	8,8	—	—
23	"	11	36,9	9,0	—	—
24	"	7	36,2	9,4	—	—
25	"	2	36,8	9,4	—	Во время берем. была нефропатия.
26	Subinv., послерод. шок.	8	37,3	8,2	—	—
27	Subinv. uteri.	9	36,6	9,4	—	Темп. через неск. часов после взятия крови повысилась до 37,8.
28	"	4	36,6	14,0	—	—
29	Febris ex resorbt.	8	37,1	10,2	—	—
30	"	7	36,6	6,8	—	При вычислении средн. велич. содерж. Са этот случ. исключен.

В среднем 10,0 mgr. %.

и др.), в более поздние периоды пуэрперия содержание Са в крови повышается и так как, кроме того, длительный постельный режим, соглас-

но исследованиям Di-Foutsin'a, сам по себе повышает содержание Са в крови, то разница в наших цифрах Са у тяжелых послеродовых больных и нор. родильниц выступает еще резче.

При повторных исследованиях у 4-х больных в стадии выздоровления нами обнаружено: в 2-х случаях с низкими цифрами Са в разгар болезни—заметное повышение их в период выздоровления, в одном случае, при нормальном содержании кальция на высоте заболевания, мы получили почти ту же цифру в стадии выздоровления, и, наконец, в одном случае (тромбофлебита), наоборот, понижение Са при улучшении состояния б-ой. Между прочим, в обоих наших случаях тромбофлебита (табл. 3, случаи 1 и 2) мы получили высокие цифры Са. Какой-нибудь определенной типичной зависимости между температурой и картиной крови, с одной стороны, и содержанием Са с другой—у послеродовых больных мы установить не могли.

Итак, в тяжелых случаях послеродовых осложнений имеется определенное и довольно значительное понижение константы Са-серум. При этом нельзя не отметить, что индивидуальные колебания в содержании Са настолько велики, что установить определенную среднюю константу для какой-либо группы послеродовых больных, может быть, было бы рискованно.

Хотя „колебания содержания Са в крови“, как это справедливо отмечает Р. Г. Лурье, „не являются специфическими для того или иного заболевания, они являются выражением каких-то внутрисекреторных или вегетативных расстройств“, однако это обстоятельство, разумеется, ни в коем случае не исключает показаний к Са-терапии при тяжелых послеродовых заболеваниях. Наоборот, целесообразность такой терапии очевидна и вытекает логически из вышеприведенных исследований. Весь вопрос только сводится к выработке более совершенных методов Са-терапии, чем те эмпирические методы, которые практикуются в настоящее время. В этом отношении, нам кажется, полезным обратиться к помощи гормонов. Вопрос этот, как было упомянуто, служит предметом особой экспериментальной работы, начатой нами, по предложению проф. Л. П. Бубличенко, еще в 1928 году.

Из невро-патологического кабинета Центральной профилактической амбулатории-диспансера для детей и подростков г. Казани.

Опыт гипервентиляции над школьниками нормальной школы I ступени.

Д-р Б. С. Николаевский.

Опыт гипервентиляции, как способ искусственного выявления пораженной нервной системы, протекающих в момент исследования скрытно, стал известен с 1924 года. В этом году, независимо друг от друга, об опыте гипервентиляции впервые опубликовали свои исследования в Германии Foerster в своем труде: „Hyperventilationsepilepsie“, в С. А. С. III-х Rosett в своем труде: „The experimental Production of Rigidity, of Abnormal Involuntary Movements and of Abnormal States of Conscious-