

При комбинировании антибиотиков и норсульфазола какой-либо определенной закономерности мы отметить не могли, хотя добавление сульфаниламидного препарата к комбинации антибиотиков дает часто лучшие результаты, чем одни антибиотики.

При комбинации биомицина и пенициллина выступает синергическое действие этих антибиотиков, даже если лечебная доза биомицина сочетается с нелечебной (малой) дозой пенициллина, или наоборот. Если же оба антибиотика применяются в недостаточных дозах, то в ряде случаев положительного лечебного эффекта добиться не удалось.

Позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Изучение течения пневмоний за ряд лет выявило у значительной части больных недостаточную эффективность антибиотиков и норсульфазола, даже при применении их комбинаций.

2. Неэффективность терапии пневмоний норсульфазолом и антибиотиками зависит в основном от развития устойчивости возбудителя к указанным препаратам из-за недостаточной дозировки или неправильного применения.

3. Лучшее терапевтическое действие отмечается при применении биомицина или его комбинации с пенициллином.

4. При отсутствии положительного эффекта от применения сульфаниламидов или антибиотиков в течение 2—3 дней рекомендуется комбинированная терапия сульфаниламидами и антибиотиками.

5. В связи с тем, что при применении малых доз антибиотиков получено усиление роста бактерий, лечение недостаточными дозами может привести к ухудшению процесса.

6. При исследовании чувствительности возбудителя к антибиотикам, сульфаниламидам и их комбинации целесообразно пользоваться не только методом антибактериальных дисков, но в некоторых случаях и методом Луриа.

Поступила 24 июня 1958 г.

О ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА БЕДРА У ДЕТЕЙ

Канд. мед. наук Т. П. Завьялова

Из детского ортопедического отделения (зав. — канд. мед. наук Т. П. Завьялова) Казанского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии

Лечение переломов бедренной кости в детском возрасте до сего времени еще представляет значительные трудности.

На основании изучения материалов нашего института за 1956—1957 гг. нам удалось выявить некоторые закономерности локализации переломов нижних конечностей, в зависимости от возраста. Оказалось, что у детей до 10 лет преобладают переломы бедра, в то время как у детей старше 10 лет чаще встречаются переломы голени.

За указанный период в детском отделении института лечили 72 ребенка с переломами бедра (57 мальчиков и 15 девочек).

По возрасту они распределялись следующим образом:

	мальчики	девочки
до 5 лет . .	19	7
6—10 лет . .	28	7
11—15 лет . .	10	1

Подавляющее большинство составляли диафизарные переломы. Переломы шейки бедра и чрезвертельные переломы у детей, как известно, встречаются сравнительно редко.

На нашем контингенте больных мы наблюдали только один случай перелома шейки бедра и один чрезвычайный перелом.

Большинство детей (52 человека) поступили в первые сутки после травмы, 12 — на вторые сутки, 8 — на более поздних сроках. Поздняя обращаемость объясняется, отчасти, известной трудностью диагностики перелома бедра у детей раннего возраста, но, в основном, — отдаленностью места происшествия.

Преобладающей причиной несчастных случаев был бытовой травматизм. Так, у детей до 5 лет по этой причине перелом бедренной кости был в 25 случаях, от 6 до 10 лет — в 18, и от 11 до 15 лет — в 6 случаях.

В последние годы детский уличный травматизм, по нашим данным, заметно снизился. Мы наблюдали всего лишь два случая уличной травмы, из них один — у ребенка в возрасте 5 лет и один в возрасте 19 лет.

Спортивные травмы наблюдались у детей в возрасте от 5 до 10 лет в 15 случаях и у детей от 11 до 15 лет — в 5.

Транспортная травма была только одна — у ребенка 8 лет.

По своему характеру переломы бедра распределялись таким образом: поперечных — 21, косых — 28; оскольчатых — 5, винтообразных — 18.

В 18 случаях переломы локализовались в верхней трети бедра, в средней трети — в 46 и в нижней трети — в 8 случаях.

Таким образом, преобладали косые и поперечные переломы с локализацией в средней трети.

Такие же данные представляют Н. Н. Приоров, Рославлева, З. И. Шнейдеров и др.

Следует отметить, что до сих пор нет единой точки зрения на методику лечения переломов бедренной кости у детей.

В Казанском институте травматологии и ортопедии детям до двух лет применяется вытяжение по Шеде, чем достигается в этом возрасте наиболее надежная фиксация конечности с возможностью обеспечить необходимый уход за маленьким ребенком.

У детей в возрасте от 2 до 5 лет, при хорошем физическом развитии и значительном смещении отломков, методу Шеде предпочитается одномоментная репозиция отломков с наложением гипсовой повязки.

Метод Шеде был применен у 5 детей, а 12 больным с большим смещением отломков произведена репозиция с наложением «кокситной» гипсовой повязки. Кроме того, «кокситная» гипсовая повязка была наложена на 8 больным, у которых имелся перелом без смещения отломков.

В одном случае поперечного перелома с полным смещением отломков, у девочки 5 лет, репозиция не удалась, ввиду чего пришлось применить скелетное вытяжение.

У детей от 5 до 15 лет при косых и винтообразных переломах так же применяется одномоментная репозиция под местной новокаиновой анестезией, на ортопедическом столе. Однако, если смещение отломков значительное и одномоментная репозиция не удастся, то мы прибегаем к методу скелетного вытяжения спицей за бугристость большеберцовой кости на аппарате Л. И. Шулутко — Л. О. Ципоркина. При этом груз, в зависимости от возраста и смещения отломков, дается в пределах от 6 до 10 кг, а срок вытяжения продолжается от 18 до 21 дня.

При поперечных переломах со смещением, когда удержание отломков в гипсовой повязке представляет значительную трудность, применяется только скелетное вытяжение.

Если смещение отломков не имеется или оно незначительно, накладывается гипсовая кокситная повязка.

Таким образом, 10 больным применено скелетное вытяжение, в 37 случаях была наложена «кокситная» гипсовая повязка, из них в 24 случаях — после одномоментной репозиции отломков.

Разрабатывая десятилетний материал института по переломам бедренной кости у детей, мы обратили внимание на довольно значительные сроки гипсовой иммобилизации.

В связи с этим были проверены целесообразность длительной иммобилизации и возможность без ущерба для исхода лечения сократить сроки покоя, для чего мы считали важным проследить за динамикой образования костной мозоли при указанных переломах путем клинических осмотров, рентгенологического анализа, а также определения активности щелочной фосфатазы.

Из 72 больных удалось обследовать указанным способом лишь 46 в возрасте от 5 до 15 лет.

Клинико-рентгенологическое исследование проводилось на 15, 25, 30, 40, 50 дни.

Клинически уже на 15 день подвижности на уровне перелома не наблюдалось, болевой синдром отсутствовал, больной сравнительно легко отрывал поврежденную конечность от постели.

На всех рентгенограммах характер развития костной мозоли при винтообразных и косых переломах был аналогичным. Так, на 15 день определялась картина репаративного процесса в виде нежной костной мозоли периостального характера, в меньшей степени эндостальной, распространяющейся по длиннику кости. Линия перелома сохранена, обызвествление внутренних участков мозоли еще не наблюдается.

На 25 день на рентгенограммах отмечается неравномерное, недостаточно четко выраженное обызвествление мозоли. Линия перелома еще видна.

На 30-й день уплотнение мозоли выражено еще более интенсивно и распространяется и на внутренние ее участки. В некоторых случаях костная мозоль носит пышный муфтообразный характер на всем протяжении плоскости перелома.

На 40-й день определяется почти полная консолидация перелома с массивной костной мозолью. Видна и нежная эндостальная мозоль.

На 50-й день видны мощная периостальная мозоль и довольно хорошо выраженная эндостальная. Отмечается и восстановление костномозгового канала. Линия перелома все же еще видна.

У больных с поперечными переломами на месте перелома определяется муфтообразная тень костной мозоли. На 20—25 дни отмечается более массивная муфтообразная костная мозоль почти на всем ее протяжении.

Вопрос о фосфатазной активности при переломах длинных трубчатых костей в известной нам литературе освещался только по отношению к взрослым. Активность фосфатазы у детей при переломах этих костей до сих пор остается мало изученной.

Активность щелочной фосфатазы определялась нами по методу Бодянского на сроках через 1, 5, 15, 25, 40 и 50 дней после перелома бедра и голени у 85 детей в возрасте от 5 до 15 лет.

Учитывая, что активность фосфатазы с возрастом понижается, все обследуемые дети были разделены на 2 группы: первая группа включала детей от 5 до 10 лет; вторая группа — от 11 до 15 лет. С переломами бедер в возрасте от 5 до 10 лет было обследовано 33; от 11 до 15 лет — 13 детей. С переломом голени было обследовано в возрасте от 5 до 10 лет 18 и в возрасте от 11 до 15 лет — 21 ребенок.

В контрольной группе у 14 практически здоровых детей средняя величина активности щелочной фосфатазы равнялась 10,6 единицы.

Динамика фосфатазной активности при переломах бедра у детей обеих групп примерно одинакова: через 1—2 дня после перелома наблюдается повышение активности фосфатазы, которое заметно снижается к 5 дню. После 5 дня фосфатазная активность снова увеличивается и достигает максимума на 15-й день. После пятнадцатого дня активность

фосфатазы постепенно уменьшается и к 50 дню достигает нормы или несколько превышает ее.

У детей от 5 до 10 лет уровень фосфатазы более высокий, по сравнению с детьми старшего возраста на всех сроках исследования.

Примерно такая же динамика фосфатазной активности наблюдается и при переломах голени. Однако, при этих переломах отмечаются и некоторые особенности, заключающиеся, во-первых, в более низком уровне фосфатазы, и, во-вторых, в более быстром восстановлении его до нормального уровня. Невольно напрашивается вывод, что величина фосфатазной активности зависит от характера травмы: чем тяжелее травма, тем эта величина больше и тем медленнее она возвращается к первоначальному уровню.

Динамика фосфатазной активности у детей несколько отличается от наблюдаемой у взрослых (Е. Н. Грошева и З. Г. Юдкевич). В то время как у детей после пятнадцатого дня наблюдаются быстрое уменьшение активности фосфатазы и значительное ее снижение к 25 дню, по сравнению с пятнадцатым днем, у взрослых это уменьшение очень невелико, и фосфатазная активность на 25 день после перелома остается, примерно, на том же уровне, что и на 15 день. Различие в динамике фосфатазной активности у детей и у взрослых, по-видимому, можно объяснить различной интенсивностью процессов мозолеобразования.

На основании полученных данных мы сочли возможным сократить сроки гипсовой иммобилизации детям с переломами бедра.

На 20—25 день кокситную гипсовую повязку заменяем гипсовой лонгетой, одновременно назначаем физиомеханотерапию. На 30 день гипсовую лонгету удаляем и больным с косыми и винтообразными переломами разрешаем дозированную нагрузку на конечность. К 40 дню такие дети ходят без костылей, давая полную нагрузку на поврежденную конечность.

При поперечных переломах, в тех случаях, когда удастся правильно сопоставить отломки, периостальная и эндостальная костные мозоли формируются относительно одновременно. Но не всегда удастся поставить отломки в правильное анатомическое соотношение даже при скелетном вытяжении. В этих случаях происходит несколько запоздалое образование эндостальной костной мозоли, а в позднейших фазах на пути к консолидации периостальная мозоль превалирует над эндостальной. И лишь в фазе полной консолидации определяется достаточно выраженная эндостальная костная мозоль. Это заставляет быть настороженным в смысле ранней нагрузки на конечность и разрешать ее больным с поперечными переломами только после 40-го дня.

ВЫВОДЫ:

1. Бытовая травма является основной причиной переломов в детском возрасте.

2. Переломы бедренной кости у детей чаще всего бывают косые и поперечные, с локализацией в средней трети.

3. При выборе метода лечения у детей до двух лет следует отдавать предпочтение липкопластырному вытяжению по Шеде, у детей от 3 до 5 лет с резким смещением отломков — одномоментной репозиции с гипсовой иммобилизацией. При косых и винтообразных переломах, резком смещении отломков, а также поперечной линии излома показано скелетное вытяжение.

4. Максимальная активность щелочной фосфатазы наблюдается у детей на 15 день после перелома (образование первичной мозоли). На 25 день после перелома, когда происходит заметное отложение извести, фосфатазная активность значительно снижается. При полной

консолидации переломов, наступающей на 40—50 день, фосфатазная активность достигает нормального уровня.

5. При переломах бедра повышение фосфатазной активности выражено значительнее и возвращение к исходному уровню медленнее, чем при переломах голени.

6. Анализ рентгенологических наблюдений хотя и сравнительно небольшого материала свидетельствует о возможности сокращения сроков гипсовой иммобилизации у детей с переломами бедренной кости.

Поступила 11 октября 1958 г.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ ПРИ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РАЗРЫВАХ МАТКИ

Канд. мед. наук Г. А. Гутман

Из акушерско-гинекологической клиники (директор — проф. И. Т. Мильченко) Куйбышевского медицинского института и Куйбышевской областной клинической больницы (главврач — Е. К. Овчинникова)

При значительных достижениях в области профилактики и диагностики разрывов матки это тяжелейшее осложнение встречается не столь редко, хотя оно по частоте и снизилось в 3—4 раза, достигая 0,03—0,04% в отношении всех родов.

Нам удалось собрать 522 случая разрывов матки (325 по всей РСФСР за 1955 и 1956 гг.), из них самопроизвольных оказалось 424.

Изучение собранного материала дало возможность расширить в этом вопросе наши знания вообще и, в частности, заставляет обратить внимание на ту группу рожениц, у которых при разрыве матки произошли самопроизвольные роды.

Разбирая самопроизвольные разрывы матки в количестве 424, мы установили, что у 44 рожениц (10,4%) состоялись при этом осложнении самопроизвольные роды. О возможности самопроизвольных родов при разрыве матки свидетельствуют многие авторы, причем считается, что при подобной акушерской ситуации наблюдаются неполные разрывы матки. Однако, на нашем материале нами выявлено 6 случаев полных разрывов матки, из них в области дна матки — 2, по правому ребру — 2, по ребру с вовлечением нижнего сегмента — 1, и по ребру с вовлечением шейки и нижнего сегмента сзади — 1. Чаще всего матка рвется в нескольких местах (25 случаев), разрыв в одном месте обнаружен в 17 случаях, в громадном большинстве случаев нарушается целостность ребра нижнего сегмента матки (32 случая).

Общепринято мнение, что разрыв стенки матки в сочетании с нарушением целостности только крупных сосудов (art. uter.) вызывает тяжелое состояние роженицы со смертельным исходом. Однако, приводимое ниже наблюдение показывает, что разрыв и мелких сосудов может давать опасное для жизни кровотечение.

1. Я. (родоотделение Красноярской райбольницы Куйбышевской области), 41 года, таз нормальный, беременность 8, родов — 5 (1 — преждевременные, 2 — нормальные, 3 — последовое кровотечение, 4 — двойни). Поступила 3/VIII-56 г. в 4 ч. с хорошей родовой деятельностью и ранним отхождением вод. Данные влагалищного исследования — открытие на 3 поперечных пальца, головка большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Через 2 ч. после поступления при удовлетворительном состоянии роженицы и плода появились сначала незначительные, а затем более обильные выделения крови, ведет себя роженица беспокойно. В 7 ч. 30 мин произошли самопроизвольные роды. Ребенок (вес — 3700,0 и длина 54 см) родился в легкой асфиксии (после отсасывания слизи закричал), кожные его покровы окрашены кровью, во рту и носу — кровянистая жидкость.