

лось в интервале 16—17 нмоль/л, а у лиц пожилого и старческого возраста — в пределах 10—11 нмоль/л.

Мы не обнаружили достоверных изменений содержания SH-групп в крови в зависимости от вида и характера перелома. Обработка цифровых величин производилась у ряда больных и на более отдаленных сроках (6—8 мес). При всех видах переломов длинных трубчатых костей у лиц пожилого и старческого возраста к 4—5-му дню после травмы содержание SH-групп в крови падает до 7—7,5 нмоль/л. Затем наблюдается некоторый его подъем, но к 15-му дню оно вновь снижается с последующим приближением к норме на сроках 45 дней после травмы.

Еще более выраженное снижение содержания SH-групп крови наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста при осложненном течении переломов. К моменту выздоровления уровень SH-групп нормализуется и иногда даже несколько превышает границы нормы.

Таким образом, исследование SH-групп крови у лиц пожилого и старческого возраста с переломами длинных трубчатых костей дает возможность оценить и уточнить степень тяжести, выявить осложнения на ранних сроках и более своевременно произвести коррекцию обнаруженных изменений.

УДК 616—022.361—001.58—076.3:616—008.853.2

Канд. мед. наук А. А. Аскалонов (Барнаул). Функциональное состояние лимфоцитов у больных с несросшимся переломом

Мы исследовали относительное и абсолютное содержание Т- и В-лимфоцитов крови, реакцию бласттрансформации лимфоцитов со специфическим и неспецифическим митогенами, их цитотоксическую активность и торможение миграции лейкоцитов в присутствии костного антигена у больных с ложным суставом.

Обследовано 86 больных с несросшимся переломом костей голени (57 мужчин и 29 женщин в возрасте от 21 до 68 лет, давность заболевания — от 5 мес до 3 лет) и 36 доноров из числа здоровых людей (контрольная группа). При учете розеткообразующих лимфоцитов различали «полные» розетки-лимфоциты, присоединившие 5 и более эритроцитов, и «неполные», присоединившие 3—4 эритроцита.

У больных с несросшимся переломом (табл. 1) отмечается более низкое содержание относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов в периферической крови, чем у доноров ($P < 0,05$). Особенно выражена разница в содержании «полных» розеток ($P < 0,01$). Изменения количества В-лимфоцитов недостоверны.

Включение H^3 -тимидина в лимфоциты у больных с несросшимся переломом при неспецифической стимуляции ФГА-Р составило 21375 ± 5780 имп/мин, с костным антигеном (КА) — 10256 ± 4840 имп/мин, без добавления митогенов — 256 ± 68 имп/мин. У доноров включение H^3 -тимидина составило соответственно 38174 ± 11 , 328 ± 116 и 243 ± 54 имп/мин.

У больных с несросшимся переломом лимфоциты, свободные от фагоцитирующих клеток, в присутствии КА оказывают выраженное цитотоксическое действие на клетки-мишени HeLa (табл. 2). Цитотоксическое действие лимфоцитов усиливалось при добавлении к ним моноцитов в соотношении 10 : 1.

Таблица 1

Содержание Т- и В-лимфоцитов в периферической крови у больных с несросшимся переломом и доноров ($M \pm m$)

Группы обследованных	Число обследованных	Т-лимфоциты				В-лимфоциты			
		процент			тыс./мм ³	процент			тыс./мм ³
		всего	полные	неполные		всего	полные	неполные	
Больные	86	$56,2 \pm 1,8$	$30,3 \pm 1,2$	$25,9 \pm 0,8$	$1,28 \pm 0,08$	$19,9 \pm 0,6$	$11,0 \pm 0,5$	$7,9 \pm 0,3$	$0,34 \pm 0,02$
Доноры	36	$63,7 \pm 2,0$	$41,6 \pm 1,4$	$22,1 \pm 0,9$	$1,47 \pm 0,06$	$21,3 \pm 0,7$	$14,2 \pm 0,4$	$7,1 \pm 0,3$	$0,39 \pm 0,03$

Лимфоциты доноров в присутствии КА цитотоксического действия на клетки-мишени не оказывали. Таким образом, цитотоксический тест с применением КА может оказаться специфическим для больных с несросшимся переломом.

Лимфоциты больных с несросшимся переломом в 68% случаев продуцируют фактор, ингибирующий миграцию при добавлении КА к культуре лейкоцитов крови. Показатель торможения миграции лейкоцитов у больных составил $51 \pm 4,8\%$, у доноров — $2,6 \pm 0,3\%$.

Таким образом, у больных с несросшимся переломом отмечается нарушение клеточного иммунитета, снижается абсолютное и относительное количество Т-лимфоцитов.

Таблица 2.

Влияние костного антигена на лизис клеток-мишеней HeLa лимфоцитами ($M \pm m$)

Группа обследованных	Число обследованных	клеток HeLa в сосудах камеры			
		Количество без лимфоцитов	с лимфоцитами	с лимфоцитами + КА	с лимфоцитами и моноцитами + КА
Больные	55	$164 \pm 6,7$	$143 \pm 5,8$	$73 \pm 4,3$	$56 \pm 4,1$
Доноры	36	$186 \pm 7,5$	$180 \pm 6,9$	$175 \pm 7,1$	$154 \pm 6,8$

Особенно выражено снижение за счет «полных» розеток, образованных лимфоцитами с большей плотностью рецепторов для эритроцитов барана. Лимфоциты больных меньше стимулируются неспецифическими митогенами (ФГА-Р), однако в отличие от лимфоцитов доноров они трансформируются в бласты, становятся цитотоксичными в присутствии КА.

Полученные данные не исключают возможности коррекции состояния клеточного иммунитета у больных с несросшимися переломами наряду с традиционными хирургическими методами лечения.

УДК 616.717.2—001.6—08

Р. А. Шигабутдинов (Нижнекамск, ТАССР). Способ лечения вывиха акромиального конца ключицы

Вывих акромиального конца ключицы является относительно частым повреждением. По нашим данным он составляет 18% от всех вывихов и встречается в основном у лиц наиболее трудоспособного возраста.

Под нашим наблюдением было 294 больных, из них с подвывихом—71, с вывихом I степени—173 и вывихом II степени—50. Отдаленные исходы изучены у 257 человек, из которых у 122 проведено консервативное лечение, у 54—аппаратное и у 81—оперативное.

Применение обычных гипсовых повязок и шин при вывихах ключицы оказалось малоэффективным. Повязка Дезо показана лишь при подвывихах акромиального конца ключицы. Нами предложена гипсовая повязка с резиновым бинтом. В такой повязке постоянное сдавление акромиального конца ключицы сочетается с коррекцией в сочленении.

Гипсовая повязка с резиновым бинтом при вывихе ключицы применена у 77 больных, отдаленные исходы лечения изучены у 71—у 63 с вывихом I степени и у 8 с вывихом II степени. Результаты лечения свежих вывихов ключицы оказались хорошими в 83% и удовлетворительными в 17%. Лечение свежих вывихов ключицы аппаратными и оперативными методами дает примерно такой же эффект, но отличается большей сложностью и требует, как правило, госпитализации больного.

Описание способа лечения (см. фото). Уточняют вправимость вывиха ключицы. Руку на стороне повреждения сгибают под прямым углом в локтевом суставе и фиксируют к грудной клетке двумя гипсовыми бинтами, проходящими поочередно через верхнюю треть предплечья и нижнюю треть плеча—верхнюю треть предплечья. После затвердения гипса для вправления и фиксации вывиха акромиального конца ключицы накладывают лямку из стандартного медицинского резинового бинта. Сложенный вдвое резиновый бинт проводят сзади через гипсовый пояс в области угла лопатки, а затем в виде 4-слойной лямки перебрасывают через поврежденное надплечье и выводят спереди из-под гипсового пояса ближе к срединной линии. Под резиновую лямку подкладывают прокладку из фетра или фланелевой ткани. Затем резиновую лямку натягивают до полного клинического вправления вывиха акромиального конца ключицы и свободный конец ее повыше гипсового пояса спереди фиксируют к лямке временно зажимом Кохера. Производят контрольную рентгенографию. По достижении вправления вывиха окончательно фиксируют лямку круговыми ходами гипсового бинта, зажим снимают, концы резинового бинта вкладывают между ходами гипсового бинта. Таким образом резиновая лямка оказывает постоянное равномерное давление на надплечье при любом положении больного на весь период лечения. Больной в последующем дол-



Изображен способ лечения вывиха акромиального конца ключицы.