

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.

жен находиться под наблюдением врача, который систематически осматривает кожу надплечья под резиновой лямкой (во избежание образования пролежня).

Фиксация повязкой при вывихах I степени проводится в течение 4—5 нед, при свежих вывихах II степени — в течение 5 нед. После снятия гипсовой повязки накладывают косыночную повязку еще на 1—2 нед. В период ношения повязки лечебная гимнастика и физиопроцедуры проводятся только в положении лежа.

Общий срок нетрудоспособности при свежих вывихах ключицы I-II степени — 5—7 нед.

УДК 617.542—001+617.55—089

В. И. Бурева (Мамадыш, ТАССР). Особенности течения перитонита при аномалии расположения кишечника

Ш., 53 лет, госпитализирован 4/XI 1979 г. в связи с травмой грудной клетки. На рентгенограмме определяется перелом VI—VII ребер слева.

6/XI появились схваткообразные боли в животе. Рвоты, тошноты не было, газы отходили. Живот не напряжен, в правой подвздошной области кожный рубец после аппендэктомии, произведенной со слов больного, в 1951 г.

При пальпации болезненность в правом подреберье, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см, желчный пузырь не пальпируется. Перистальтические шумы выслушиваются.

Предположительный диагноз: острый холецистит (?), спаечная непроходимость кишечника (?). Проводилось лечение спазмолитиками, антибиотиками, сделаны паранефральная блокада и сифонные клизмы.

7—8/XI наблюдались периодические схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошнота, задержка газов, стул был только после клизмы.

9/XI — температура нормальная, пульс 120 уд. в 1 мин, АД 17,3/10,7 кПа, язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен, болезнен при пальпации, больше справа, симптом Щеткина положительный по всей поверхности. При перкуссии — тимпанит, свободная жидкость не определяется. Перистальтические шумы ослаблены. Рентгенологически установлено, что чаш Клойбера нет.

Диагноз: спаечная непроходимость кишечника; перитонит.

Анализ крови: СОЭ 16 мм/ч, Hb 2,6 ммоль/л, л. $8,2 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 2%, с. — 78%, мон. — 2%, лимф. — 18%.

9/XI произведена операция. При ревизии брюшной полости обнаружена аномалия расположения тонкого и толстого кишечника; двенадцатиперстная кишка расположена мезоперитонеально на длинной брыжейке, тощая кишка начинается справа от позвоночника; большой сальник, не соприкасаясь с поперечной ободочной кишкой, свисает фартуком от большой кривизны желудка. Поперечная ободочная кишка расположена ретроперитонеально, горизонтально под корнем брыжейки тонкого кишечника и представлена отрезком до 10 см длиной, который справа переходит в слепой мешок — слепую кишку, а слева — в мезоперитонеально расположенный участок кишечника.

Слепая кишка расположена мезоперитонеально, имеет брыжейку, куполом припаяна к нижней поверхности печени, занимает всю правую половину живота, резко раздута газами и жидким содержимым, в диаметре достигает 20 см. На стенке слепой кишки — десерозированные участки неправильной формы, размерами $10 \times 6 \times 7$ см, 10×2 см, $7 \times 4 \times 5$ см, стенка кишки истончена.

Червеобразный отросток до 7,5 см, утонченный, напряженный, гиперемизированный. Толстый кишечник на границе слепой и поперечной ободочной кишки сдавлен плотным тяжем до 0,8 см в диаметре, идущим от корня брыжейки тонкого кишечника к старому послеоперационному рубцу, создавая непроходимость кишечника.

Произведено рассечение тяжа, декомпрессия слепой кишки через троакар, отверстие закрыто погружением в кисет. При попытке вывести слепую кишку открылось отверстие до 0,8 см в диаметре с неровными черными краями, которое было прикрыто сальником, фибрином. Отверстие в кишке ушито узловыми капроновыми швами. Освобожденная слепая кишка представляет собой дряблый мешок с истонченными десерозированными стенками. Произведена резекция измененной слепой кишки с червеобразным отростком и 30 см подвздошной кишки, наложен толсто-тонкокишечный анастомоз бок в бок. Течение послеоперационного периода осложнилось нагноением подкожной клетчатки, пневмонией.

Пациент выписан 14/XII в удовлетворительном состоянии. Данные гистологического исследования: в удаленном препарате множественные язвы толстого кишечника, местами с глубоким некротическим дном (область некроза распространяется до серозного слоя стенки кишки); острый флегмонозный аппендицит.

При обследовании через 4 мес после операции состояние Ш. удовлетворительное; периодически он отмечает вздутие живота, особенно после приема пищи, которое проходит самостоятельно. Живот при пальпации не напряжен, безболезнен.

При ирригоскопии оттенить место анастомоза не представляется возможным, так как контрастная масса быстро проходит через анастомоз и заполняет петли тонкого кишечника. Однако на основании данных ирригоскопии можно заключить, что анасто-