

1 из этих 11 больных в возрасте до 10 лет, 2 — от 41 до 50 лет, 2 — от 51 до 60 лет, 3 — от 61 до 70 лет и 3 — старше.

До 24 час. от начала заболевания госпитализирован 1 больной, после 24 час.—10.

5 больных умерли на 1-е сутки после операции, 2 — на 3-и, 3 — на 4-е и 1 — на 8-е сутки.

У 5 чел. был тромбоз мезентериальных сосудов, у 3 — заворот сигмы с некрозом толстого кишечника и у 3 — послеоперационный перитонит.

Сроки пребывания в стационаре оперированных больных колебались от 8 до 19 дней.

Неоперированные больные находились на стационарном лечении до 3 дней.

УДК 616.727.3—616.71—001.5

### Т. Г. Купряшина (Саранск). Амбулаторное лечение детей с переломами в области локтевого сустава

Повреждения костей локтевого сустава у детей занимают первое место среди переломов прочих локализаций.

С 1964 по 1969 г. под нашим наблюдением было 240 детей в возрасте до 15 лет (мальчиков — 167, девочек — 73) с переломами в области локтевого сустава. Наиболее часто наблюдались чрезмыщелковые переломы, переломы отдельных надмыщелков, перелома-вывихи и ушибы.

При репозиции переломов у детей мы применяли в основном закрытое одномоментное сопоставление отломков под местной анестезией. Фиксацию конечности после закрытой репозиции отломков осуществляли с помощью глубокой тыльной гипсовой лонгеты, накладываемой от основания пальцев до верхней трети плеча в среднем на 7—10 дней. На другой день обязательно осматривали больных, при малейшем усилении болей, появлении отека и побледнении кисти ослабляли мягкий бинт, отгибали края лонгеты. Учитывая замедленную консолидацию перелома у ослабленных детей, наряду с рациональным питанием назначали парентерально поливитамины, 5% раствор хлористого кальция, глюконат кальция.

Со 2-го дня и до конца гипсовой иммобилизации проводили активные упражнения для свободных от иммобилизации суставов травмированной конечности (в медленном темпе) и для всех суставов здоровой руки, сочетая их с упражнениями, укрепляющими мышцы спины и плечевого пояса, дыхательными и т. п.

После снятия гипса и контрольной рентгенографии включали активные упражнения для поврежденного сустава. Для уменьшения болевых ощущений перед занятиями назначали соллюкс на сустав или теплую ванну 35—36° на 10—15 мин. Мы использовали также занятия с игрушками для дошкольников и различные игры для детей школьного возраста.

В тренировочном периоде вводили упражнения для увеличения мышечной силы (так как к этому времени — 1—1,5 месяца — объем движений в суставе почти у всех детей восстанавливался полностью), а также плавные, без рывков пассивные упражнения при полном расслаблении мышц больной руки (при возникновении боли движения прекращали). На локтевой сустав назначали парафиновые аппликации, электрофорез с йодистым калием, широко использовали поглаживания и растирания мышц плеча и предплечья поврежденной конечности (обходя локтевой сустав). Занятия лечебной физкультурой проводили до полного восстановления функции конечности.

Функциональные исходы мы расценивали как хорошие, если показатели поврежденной конечности соответствовали показателям здоровой (168 чел., 70%); удовлетворительные — если оставалось умеренное ограничение подвижности в суставе и боль в нем при больших мышечных нагрузках (56 чел., 23,3%); плохие — если на контрольных рентгенограммах наблюдались выраженные изменения в суставе в виде оссификатов (16 чел., 6,7%).

УДК 617.585.1/2—616.71—001.5

### Асп. Е. А. Столяров (Куйбышев-обл.). К вопросу об отрывных переломах лодыжек

Переломы лодыжек являются одним из наиболее частых видов травм и составляют 43,3—60% переломов костей голени. Особое место среди переломов лодыжек по тяжести занимают так называемые «трехлодыжечные» (на них приходится 17,6—28% всех переломов лодыжек).

Мы изучили толщину и твердость кортикального слоя нижних метаэпифизов обеих костей голени на разных уровнях (28 опытов). Исследование проводили на препаратах свежей трупной кости, взятой через 6—24 часа после смерти. Нижние концы обеих костей голени разделяли по определенной схеме на 31 поле, в каждом из которых в 5 точках исследовали твердость после предварительного определения толщины кортикальной пластинки. Для определения твердости компактного слоя костной ткани мы применяли прибор, сконструированный, изготовленный и выверенный на кафедре сопротивления материалов Куйбышевского строительного института. При постоянном