

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

давлении шариком из закаленной стали на испытуемом материале остается вдавление разного диаметра в зависимости от сопротивления (твердости) кортикального слоя.

Создавая постоянное давление в 10 кг, мы по формуле Бринеля $HV = \frac{P}{F}$ рассчитываем твердость кортикального слоя кости, где HV — твердость кортикального слоя, P — усилие в кг, F — площадь поверхности полученного отпечатка. По передней поверхности твердость кортикальной пластинки на высоте 1 см от нижнего края большеберцовой кости составляет 5,68—7,62, вышележащих участков — 23,2—75 кг/мм²; по задней поверхности — соответственно 2,92—4,67 и 31,2—56,7 кг/мм². Этим можно объяснить более частый отрыв кортикальной пластинки именно в нижних отделах большеберцовой кости по переднему и заднему краю. При исследовании твердости кортикальной пластинки наружной поверхности нижнего метаэпифиза большеберцовой кости отмечается сравнительно небольшая твердость на верхушке ее — 7,35 кг/мм², далее идет пояс повышенной твердости — 9,2—18,2 кг/мм² с дальнейшим понижением ее до 4,2 кг/мм² на высоте 4—5 см от верхушки лодыжки. Как показывает клинический опыт и литературные данные, в этих местах наиболее часто возникают переломы наружной лодыжки.

УДК 616.284

Т. Н. Леонтьева (Казань). Микрофлора среднего уха при острых отомитритах у детей

Мы провели бактериологические исследования гнойного отделяемого у 67 детей с острым гнойным отомитритом (возраст — от 1 года до 4 лет). У 19 детей при поступлении в стационар отмечалось гноетечение из ушей, у 48 отомитрит протекал без оторреи, и патологический секрет был получен посредством произведенного в асептических условиях парацентеза. В том и другом случае патологический материал засеивали на чашку с 5% кровяным агаром и среду Китта — Гароци с 0,1% агар-агаром, инкубировали при 37° в течение суток и изучали выделенные микроорганизмы.

Наиболее часто высевались стафилококк (17 раз: золотистый — 8, белый — 9), стрептококк (12: гемолитический — 8, зеленящий — 3, негемолитический — 1) и пневмококк (11). Все выделенные штаммы золотистого стафилококка имели высокую плазмокоагулазную и гиалуронидазную активность. Почти все они продуцировали уреазу, лецитиназу, липазу, фосфатазу, давали редукцию теллурита. Почти у всех штаммов определялись α - (8) и Δ - (7) гемолизины, причем чаще в сочетании $\alpha\Delta$ и $\alpha\beta$. Более половины штаммов продуцировали ДНК-азу, слабая продукция амилазы и желатиназы выявлена только у 2 штаммов. Ферментация глюкозы, лактозы в аэробных и анаэробных условиях наблюдалась у всех штаммов. Маннит в аэробных условиях сбраживали 6 штаммов, в анаэробных условиях — лишь 1 штамм. Патогенными для мышей при внутрибрюшинном заражении оказались лишь 3 штамма, у которых был обнаружен полный набор гемотоксинов и высокая ферментативная активность. У всех штаммов коагулазная способность совпадала с продукцией гемотоксинов, гиалуронидазы, с восстанавливающими свойствами, в меньшей степени с уреазной активностью.

Все выделенные штаммы белых стафилококков продуцировали α -токсин (7 штаммов — α - и Δ -токсины), гиалуронидазу, уреазу, давали редукцию теллурита и ферментацию глюкозы в аэробных условиях. Коагулазная, лецитиназная, ДНК-азная и восстанавливающая активность обнаружены только у небольшого числа штаммов. Анаэробная ферментация маннита и проба на мышях во всех случаях были отрицательными. Полученные данные указывают на высокую сопряженность гиалуронидазной, гемолитической, восстанавливающей способности, а также уреазной активности белых стафилококков. К наиболее характерным тестам для обоих видов стафилококков можно отнести продукцию гиалуронидазы, уреазы и гемотоксинов (α и Δ), между которыми установлена тесная корреляционная зависимость.

При изучении выделенных стрептококков выявлена их высокая ДНК-азная активность (от 70,7 до 258,3 ед.). Выраженными фибринолитическими свойствами обладали 10 штаммов гемолитического и зеленого стрептококка. 9 из них были гиалуронидазоактивными (+++ и ++). Все выделенные культуры стрептококков оказались апатогенными для мышей.

УДК 616.89—008.452—616.69—008.14

М. М. Гатауллин (Уфа). Сексуальная патология в патогенезе бреда ревности

Бред ревности издавна и до последнего времени привлекает внимание исследователей. Однако приходится констатировать, что структура этого бреда, его патогенетические механизмы изучены далеко не достаточно. Большое число авторов указывает на роль сексуальной патологии в патогенезе бреда ревности, но вопрос о том, в каком качестве сексуальная патология участвует в структуре бреда, остается спорным. Одни авторы отводят первое место психологическому фактору, определяемому расстройством либидо, потенции. Другие же во главу угла ставят эндокринную патологию. Признавая значение обоих названных факторов, необходимо попытаться конкретизировать имеющие здесь место сложные взаимосвязи. С этой целью мы сочетали кли-