

Н. И. Пушкарев (Белебей). Вес щитовидной железы у взрослых жителей западных районов Башкирии

Средний вес щитовидной железы человека в возрасте 21—65 лет в районах, свободных от зоба, по данным различных авторов, равен 19; 19—35; 25—35 г. Исходя из того, что он может быть использован как показатель зобной эндемии, мы в 1966—1970 гг. при судебно-медицинских вскрытиях жителей Ермакеевского и Белебеевского районов взвесили 200 щитовидных желез. Результаты приведены в таблице.

Возраст, лет	Число щитовидных желез	Наименьший и наибольший вес щитовидных желез, г	Средний вес, г
21—25	14	28—47	32,7
26—30	20	22—51	35,8
31—35	24	28—56	37,3
36—40	39	17—92	40,1
41—45	35	27—90	39,6
46—50	19	20—55	39,0
51—55	12	27—55	37,5
56—60	17	31—53	41,9
61—65	20	11—64	33,6
21—65	200	11—92	38,0

Средний вес щитовидной железы, оказавшийся равным 38 г, говорит об эндемии зоба в названных районах.

УДК 616—089—616.151.5

Канд. мед. наук Д. П. Павловский (Киев). Изменения гемокоагуляции во время операции

Проведено комплексное изучение системы свертывания крови в динамике оперативного вмешательства (через каждые 25—30 мин.) у 75 больных, оперированных на органах брюшной полости (по поводу свободной грыжи, хронического аппендицита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, доброкачественных опухолей). До операции показатели гемокоагулограммы у них были в пределах физиологической нормы. Большинство больных оперировано под местной инфильтрационной анестезией 0,25% раствором новокаина по А. В. Вишневскому.

Результаты изучения гемокоагуляции у больных во время оперативного вмешательства обработаны методом вариационной статистики и приведены в таблице.

Показатели системы свертывания крови во время операции ($M \pm m$)

Показатели	До операции	Во время операции
Время свертывания крови по Ли—Уайту, мин.	6,2±0,2	5,12±,01
Время рекальцификации плазмы по Бергергоф и Рока, сек.	120±3,0	130±2,4
Толерантность плазмы к гепарину по Марбету и Винтерштейну, мин.	4,5±0,1	4,3±0,1
Протромбиновый индекс, %	98,5±0,8	100±1,0
Тромбопластиновая активность по Кудряшову и Улитинной, %	82,2±1,0	85±1,6
Фибриноген, мг%	237±2,0	240±4,4
Гепариновая активность по Пиптеа, ед./мл	6,2±0,1	5±0,8
Фибринолитическая активность по Бидвелл, %	19,4±0,2	51±3,8

Тромбозластограмма отражала тенденцию крови к повышению свертываемости во время оперативного вмешательства. Об этом свидетельствовали значительное укорочение времени реакции r и времени образования кровяного сгустка K при повышении его плотности и эластичности.

Тенденцию крови к гиперкоагуляции во время хирургического вмешательства, вероятно, можно объяснить выделением из операционной раны и поступлением в кровоток тромбопластиновых субстанций, ускоряющих гемокоагуляцию.

Вслед за тканевым тромбопластином или одновременно с ним при травме тканей в кровоток поступают тканевые активаторы фибринолитического процесса. Согласно нашим данным, фибринолитическая активность крови на высоте операции повышалась.

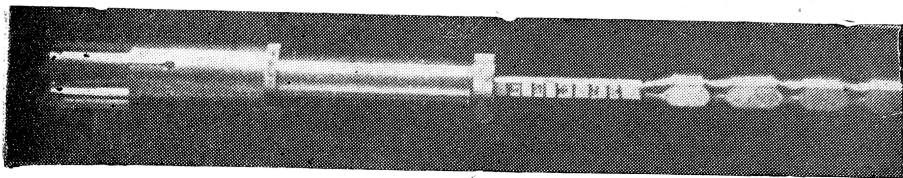
Динамическое наблюдение за системой свертывания крови во время оперативного вмешательства позволяет своевременно выявить характер нарушения гемокоагуляции и определить рациональную патогенетическую терапию и профилактику как тромботических, так и геморрагических осложнений.

УДК 616—001.17

З. Е. Матусис, В. А. Куприянов (Горький). Метод определения бактериальной обсемененности гранулирующих ран ожоговых больных

Единственным патогенетическим способом лечения ожоговых гранулирующих ран является кожная аутопластика, результат которой во многом зависит от бактериальной обсемененности. В связи с этим большое значение имеет местная антибактериальная терапия глубоких ожогов, цель которой состоит в максимальном уменьшении количества вегетирующей в ранах микрофлоры. Применяемый в настоящее время большинством исследователей метод контроля бактериальной обсемененности ран по М. Н. Фишеру — Г. Г. Клыгаревой (1946) имеет некоторые недостатки и, в частности, не позволяет точно определить количество микроорганизмов на единице площади раны.

Нами разработан метод определения количественного состава микрофлоры гранулирующих ран, который заключается в следующем. В специально сконструированный прибор (см. рис.) вмонтирована пружина и флакончик из-под антибиотиков, площадь



дна которого равна 3 см^2 . Прибор позволяет при дозируемом давлении (что очень важно) отбирать отпечатки для посева с единицы площади раневой поверхности. Отобранный таким образом материал до обработки раны антибактериальными препаратами смывают 10 мл физиологического раствора, тщательно размешивают, затем 1 мл полученной микробной взвеси распределяют по дну чашки Петри и заливают кровяным агаром. После 24-часового термостатирования на чашках производят подсчет числа колоний при помощи аппарата МРТУ 522401-64 с последующим пересчетом на 1 см^2 раневой поверхности. Когда бактериальная обсемененность ран в результате местного лечения уменьшается, раневой отпечаток смывают 1 мл физиологического раствора. В случае присутствия в ране протей (в монокультуре или в ассоциации), дающего при посеve на простой агар ползучий рост, применяем спиртовой кровяной агар, на котором протей растет в виде изолированных колоний, и в то же время растет вся гноеродная микрофлора (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка).

Проведенными по вышеуказанному методу исследованиями у 14 ожоговых больных, поступивших на лечение в Горьковский институт травматологии и ортопедии в стадии септикотоксемии, установлена обильная бактериальная обсемененность ран: от 1500 до 7000 колоний микроорганизмов на 1 см^2 . В результате антибактериального лечения количество вегетирующей микрофлоры снижалось до десятков колоний на 1 см^2 .

Кроме этого, на основе данного метода мы осуществляли индивидуальный подбор препаратов для местного применения. На разные участки раневой поверхности, желательного симметрично расположенные (в одинаковых условиях васкуляризации), накладывали салфетки с различными антисептическими растворами: фурациллином, риванолом, йодинолом, цетилпиридинийхлоридом и т. п. В процессе такого лечения в течение 3—5 дней нами контролировалось число колоний на каждом из этих участков раны. Мы выявляли наиболее эффективный для данного больного антисептик и дальнейшее лечение проводили этим препаратом.

Такое целенаправленное местное лечение гранулирующих ран нами проведено у 17 ожоговых больных, которым произведено 23 аутодермопластики и получено хорошее (на 80—100%) приживление лоскутов.

УДК 616.717—616.71—001.5

З. А. Зарипов (Зеленодольск). Исходы лечения открытых переломов верхних конечностей в районной больнице

Открытые переломы костей верхних конечностей (плеча и предплечья) отличаются рядом особенностей течения и лечения.

По нашим данным, удельный вес переломов плеча и предплечья среди открытых переломов всех локализаций составил соответственно 7 и 18,6%, а по отношению к