

У преобладающего числа больных (55,3%) был обнаружен респираторный ацидоз; другие нарушения КЩР (метаболический ацидоз, респираторный и метаболический алкалоз) выявлены менее чем у 10%. Нормальное КЩР констатировано у 36,6% всех больных.

Характерно, что частота и выраженность нарушений КЩР в решающей мере были обусловлены степенью легочной недостаточности (ЛН). Так, у 50 из 58 больных с ЛН1 изменений КЩР не было, у остальных сдвиги носили исключительно компенсированный характер; средние величины показателей КЩР существенно не отличались от нормы.

При ЛНII (56 больных) респираторный ацидоз как основное нарушение КЩР зарегистрирован у 69,5%, причем у каждого четвертого он был декомпенсированным. На долю остальных нарушений приходилось всего 14,4%, а частота нормального КЩР резко уменьшилась — 16,1%. Средние величины показателей КЩР достоверно изменились: рН крови составил $7,37 \pm 0,003$, pCO_2 — $47,6 \pm 0,66$ торр; компенсаторно повысился уровень SB — до $25,4 \pm 0,32$ *мэкв/л*.

При ЛНIII (47 чел.) респираторный ацидоз определялся почти у всех больных, причем у 83% он был декомпенсированным, а у 23,4% — осложнен метаболическим ацидозом. Присоединение последнего обусловлено, на наш взгляд, поступлением в кровь кислых валентностей из очага воспаления, а также наличием у таких больных гипоксемии, усугубляющейся еще и тем, что при ацидозе снижается сродство кислорода к гемоглобину.

У большинства больных с ЛНIII имела умеренная ацидемия (рН в среднем $7,29 \pm 0,003$) и заметно выраженная гиперкапния ($57,2 \pm 1,04$ торр). Изменения SB не носили закономерного характера ($23,6 \pm 0,50$ *мэкв/л*).

Показатели КЩР у больных разного пола практически не имели различий. У больных старше 50 лет выявлены более значительные патологические изменения по рН и pCO_2 , что обусловлено, очевидно, преобладанием среди них больных с более тяжелыми функциональными нарушениями (ЛНII и ЛНIII).

УДК 616.24—002.5

И. Р. Лупалова, Т. А. Штейн (Саратов). Вторичная флора бронхиального дерева у больных туберкулезом легких

Целью данного исследования являлось изучение состава флоры бронхиального дерева и чувствительности ее к антибиотикам у 101 больного туберкулезом легких. Полученные при поднаркозной бронхоскопии бронхиальные смывы подвергали бактериологическому анализу. Посев промывных вод бронхов 33 больных (1-я группа) не дал роста. Промывные воды бронхов 2-й группы больных (68 чел.) мы исследовали по методике, позволяющей вести подсчет выросших колоний в большом объеме засеянного материала (А. Н. Марголин и Н. А. Анисимова, 1960). Посев производили стерильной пипеткой, по 0,5 мл промывных вод на чашку со средой. Частота роста неспецифической флоры во 2-й группе равна 80,8%. Чаще встречался стафилококк (35,2%); палочки найдены у 25% обследованных, стрептококки — у 22%, дрожжеподобные грибы *Candida* — у 8,8%, прочие виды — у 14%. Апатогенные штаммы стафилококков превалировали над патогенными (83,4 против 16,6%). Определение методом бумажных дисков показало высокую чувствительность стафилококка к мономицину и левомецитину (соответственно 100 и 89,4%). К пенициллину были чувствительны только 82,7%, а к стрептомицину и окситетрациклину — по 75,8% штаммов.

УДК 616.71—001.5

Т. Г. Купряшина (Саранск). Опыт лечения надмыщелковых переломов плечевой кости у детей

Под нашим наблюдением находилось 107 детей в возрасте от 1 года до 14 лет, лечившихся на протяжении последних 10 лет по поводу переломов, при которых линия нарушения целостности плечевой кости располагалась непосредственно над надмыщелками.

Свежие переломы давностью до 5 дней, с выраженными острыми симптомами (резкая боль, отек и кровоподтеки, гемартроз) имелись у 70,6% детей. Переломы давностью от 5 дней до 2 недель после повреждения отнесены к застарелым (22,9%). В этот период острые клинические симптомы постепенно стихают. У 6,5% больных переломы давностью свыше 2 недель с клинической и рентгенологической картиной сращения кости при выраженной деформации и нарушении функции отнесены к неправильно сросшимся.

Свежие надмыщелковые переломы отмечались у мальчиков в 1,5 раза чаще, чем у девочек. Правая конечность подвергалась травме в 39,9%, левая — в 60,1%. Поднадкостничные переломы без смещения наблюдались у 7,8% детей. В стационар направлялись дети из районов Мордовской АССР с большими смещениями отломков или после неудачных 1—2-кратных репозиций переломов (92,2%).

Открытый перелом был лишь у 1 больного. У 3,3% пострадавших переломы сопровождались повреждением сосудов или нервов. Наблюдались повреждения

периферических нервных стволов (у 2 детей), расстройства кровообращения (у 1) или расстройства кровообращения и иннервации одновременно (у 2). Осложнения эти встречались, как и следовало ожидать, при переломах со значительным смещением отломков. Среди причин преобладал уличный травматизм.

Основным методом лечения надмыщелковых переломов у детей в стационаре (после обязательного рентгенологического обследования) являлась закрытая репозиция костных отломков с последующей иммобилизацией конечности гипсовой лонгетой, накладываемой от основания пальцев до верхней трети плеча, в среднем на 7—10 дней, в функционально выгодном положении конечности. При репозиции отломков применяли после предварительной премедикации кратковременный наркоз.

К оперативному лечению пришлось прибегнуть у 9 больных. У них было либо остающееся смещение костных отломков вследствие неэффективности консервативных методов, которое могло повлечь за собой нарушение формы или функции конечности, либо застарелые и неправильно сросшиеся переломы.

Комплекс лечения обязательно включал физиотерапевтические методы (соллюкс, УВЧ, парафиновые аппликации) и лечебную гимнастику на протяжении всего периода лечения.

При изучении отдаленных результатов лечения больных с надмыщелковыми переломами плеча мы учитывали жалобы, функцию в локтевом суставе, отклонение оси конечности, видимое искривление нижнего конца плеча и степень деформации локтевого сустава, длину плеча и предплечья по сравнению со здоровой конечностью. Для выявления атрофии мышц измеряли окружность верхней, средней и нижней третей плеча и предплечья в сопоставлении со здоровой конечностью. Силу конечности измеряли динамометром. При рентгенологическом исследовании обращали внимание на деформацию локтевого сустава, на перестройку плечевой кости и нарушение роста ее.

Отдаленные исходы на протяжении от 1 года до 10 лет проверены у 49 больных. Примененный комплекс лечения оказался достаточно эффективным: получено 91,8% отличных и хороших результатов.

УДК 616—001.17:616.12—073.97

Доценты М. М. Кириллов, В. Р. Остер (Саратов). Динамика АТФ в крови при переломах костей и ожогах

Задачей настоящей работы являлось исследование особенностей динамики АТФ в крови при механической и термической травме и выявление возможной зависимости показателей ЭКГ от изменений уровня АТФ. Под наблюдением было 50 больных с переломами длинных трубчатых костей (бедро, голени, плеча) и 20 больных с ожогами 5—30% поверхности тела (у 11 из них ожоги были глубокими). Преобладающее число пациентов составили мужчины (44 из 70), 60 чел. были в возрасте до 50 лет.

Обследование больных включало определение концентрации АТФ в цельной крови по методу Э. Г. Ларского (1968) и запись электрокардиограмм. В контрольной группе содержание АТФ в крови составило 4—5 мг%.

При переломах в первые 6 суток после травмы уровень АТФ был нормальным. С 7 по 20-е сутки он заметно снижался (в среднем до $2,8 \pm 0,4$ мг%), в ряде наблюдений — особенно значительно (до 0,1—0,2 мг%). В срок с 21 по 30-й день болезни происходила нормализация содержания АТФ в крови, а во многих случаях оно заметно превышало норму. Установленный дефицит АТФ в крови регистрировался более чем у половины обследованных и по времени соответствовал периоду формирования костной мозоли.

Динамика АТФ в крови у обожженных была во многом сходной. В первые 4 суток после ожога концентрация АТФ в крови повышается, а в последующем, начиная с 5-го дня, закономерно снижается. Наиболее низкие показатели наблюдаются спустя 2 недели после ожоговой травмы. В ряде наблюдений был отмечен значительный дефицит АТФ (1,2—3,3 мг%). Динамика АТФ оказалась характерной для больных как глубокими, так и поверхностными ожогами, причем снижение количества АТФ при глубоких ожогах происходило значительно раньше. Исследование АТФ в период с 20 по 25-е сутки после ожога не выявило тенденций к нормализации ее содержания в крови. Это позволяет предположить дальнейшее сохранение дефицита АТФ в связи с особенно напряженными в это время процессами пластики кожи.

Изменения ЭКГ по типу миокардиодистрофических были отмечены у половины обследованных. Очевидно, изменения энергетического обмена, сопровождающие механическую и термическую травму, достаточно значительны, чтобы сказаться на состоянии миокарда.

УДК 616—089.23

И. М. Варшавский (Куйбышев-обл.). Способ оперативного лечения болезни Келера II

Лечение больных, страдающих болезнью Келера II, является трудной задачей. Консервативное лечение в начальных стадиях дает кратковременное субъективное