

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 пластичности 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