

клеточного метаболизма с целью нормализации биоэнергетики, а значит, и полноценной функциональной активности тканей.

Первые три необходимых условия известны и реализуются в клинической практике в большинстве случаев введением солевых кристаллоидных растворов. Наиболее эффективен среди них раствор «Квартасоль».

Дезинтоксикация, восстановление водно-электролитного баланса и гемодинамических показателей снимают дополнительную нагрузку на АТФ-потребляющие процессы и блокируют цепь патологических реакций, развивающихся под действием микробов и их токсинов. Эти положительные изменения ослабляют проявления гастроэнтерита уже в ходе инфузии раствора и способствуют восстановлению нарушенного энергетического метаболизма клеток организма, что в совокупности ведет к значительному улучшению самочувствия больных.

В эритроцитах после введения раствора «Квартасоль» появляется тенденция к нормализации соотношений между энергоутилизирующими и энергосинтезирующими процессами. Однако в течение ближайших 2—24 ч после вливания отсутствуют достоверные сдвиги гемогликоза, направленные на облегчение диссоциации оксигемоглобина.

Отсутствие восстановления биоэнергетики эритроцитов у больных ПТИ через 5—7 сут лечения отражает сохраняющееся нарушение биоэнергетики тканей и в свою очередь поддерживает эти расстройства. Несмотря на восстановление уровня 2,3-ДФГ, абсолютной концентрации АТФ, индекса фильтруемости, остается достоверно низкой величина относительной концентрации АТФ.

Следовательно, у больных ПТИ терапия солевыми кристаллоидными растворами способствует ликвидации нарушений биоэнергетики, но не приводит в ближайшие 5—7 дней лечения к ее нормализации. В связи с этим актуальными являются поиск и изучение фармакологических средств воздействия на процессы регуляции метаболизма с целью стабилизации энергетики, а значит, полноценной функциональной активности клеток.

УДК 616.981.49—08—092

М. Х. Турьянов (Москва). О патогенетической терапии пищевых токсикоинфекций сальмонеллезной этиологии

С 1977 по 1980 г. под нашим наблюдением находились 324 больных пищевыми токсикоинфекциями, у 148 из них были выделены копрокультуры различных групп сальмонелл. Пищевая токсикоинфекция средней тяжести была отмечена у 267 больных, тяжелая — у 57.

Методом случайного выбора лечение больных осуществляли по двум схемам. Больным контрольной группы (167 чел.) назначали общепринятую регидратационную терапию раствором «Квартасоль», а больные основной группы (157 чел.) дополнительно в течение первых 12 ч регидратационной терапии получали ингибитор синтеза простагландинов индометацин в дозе 50 мг три раза в день (курс лечения — 150 мг препарата).

Среди лиц контрольной группы среднетяжелое течение заболевания было отмечено у 145 человек, тяжелое — у 22. Основная группа состояла из 122 больных со среднетяжелым и 35 — с тяжелым течением болезни. У всех пациентов с тяжелым течением болезни был диагностирован сальмонеллез гастроинтестинальной формы. В контрольной группе копрокультура сальмонелл была выделена у 46 больных со среднетяжелым течением болезни, в основной — у 45.

У больных обеих групп эффективность лечения анализировали по степени купирования основных проявлений заболеваний через 3 и 24 ч от начала терапии.

Через 3 ч от начала лечения у 57% больных контрольной группы сохранялась диарея, у 89% оставалась повышенной температура тела. За этот период наблюдения у 49% больных была рвота. Через 24 ч у 37% пациентов еще отмечалась 1—2-кратная диарея, у 67% — субфебрильная температура. Статистически достоверной разницы в эффективности лечения больных с бактериологически подтвержденным диагнозом и без него выявлено не было.

У больных основной группы после приема первых 50 мг индометацина состояние существенно улучшалось. В первые 3 ч от начала лечения диарея наблюдалась только у 13 (8,2%) больных, однократная рвота — у 12 (7,9%). Температура тела у всех больных к этому периоду обследования нормализовалась. В течение последующих 24 ч только у 6 из них была однократная диарея. Больным контрольной группы со среднетяжелым течением заболевания было перелито на курс лечения $3,8 \pm 0,4$ л раствора «Квартасоль», 22 больным с тяжелой степенью интоксикации — $6,7 \pm 1,1$ л. У пациентов основной группы средние значения количества трансфузионного раствора составили $1,79 \pm 0,2$ и $4,1 \pm 0,7$ л ($P < 0,05$). Мы не выявили у них также зависимости эффективности лечения от наличия или отсутствия выделения сальмонелл.

Результаты исследования применения индометацина для лечения больных пищевыми токсикоинфекциями свидетельствуют о его высокой терапевтической эффектив-

ности. У абсолютного большинства больных к исходу суток от начала лечения индометацином полностью купировались все клинические признаки заболевания, прекратились водно-электролитные потери. В то же время у 61 (35,5%) больного из числа тех, которым проводилась только общепринятая регидратационная терапия, к исходу суток оставалась диарея. У 111 (66,5%) человек наблюдалась субфебрильная температура. Следует отметить и то, что больным основной группы понизилось значительно меньше количество инфузионных растворов.

Вместе с тем заметный терапевтический эффект индометацина показывает, что генез основных клинических проявлений заболеваний, а также водно-электролитные потери, характерные для них, в значительной степени определяются повышенным синтезом простагландинов. Эти данные подтверждают выдвинутую нами концепцию патогенеза сальмонеллез, учитывающую патогенетическую роль простагландинов, синтезируемых в ходе остро инфекционного процесса под влиянием специфической интоксикации.

УДК 618.4

И. К. Байтерак, А. Х. Яруллин (Казань). Продолжительность родовой деятельности в различных возрастных группах

По существующему мнению роды у первородящих женщин длятся в среднем 18—20 ч. Однако в настоящее время в литературе появились новые сведения, согласно которым их продолжительность в большинстве случаев составляет 11—12 ч. Имеются также данные, что при течении родов более 16 ч нарушается церебральная гемодинамика плода и новорожденного и отмечаются значительные изменения обменных процессов у ребенка.

Мы поставили задачу изучить длительность родовой деятельности у женщин в зависимости от их возраста. Были проанализированы истории родов у 8445 родильниц. Все женщины были распределены на 5 возрастных групп, а также на первично и повторнородящих. Среди первородящих большинство составляли женщины в возрасте до 24 лет (80,5%), а среди повторнородящих — старше 24 лет (56,2%), причем на женщин до 24 лет приходилось 61,9% всех родов.

Продолжительность родовой деятельности у перво- и повторнородящих женщин

Группы, лет	Первородящие, М±m	Повторнородящие, М±m	P
До 20 лет	11 ч 31 мин±4 ч 12 мин	11 ч 33 мин±2 ч 36 мин	—
21—24	13 ч 42 мин±5 ч 18 мин	7 ч 00 мин±3 ч 9 мин	<0,001
25—29	11 ч 36 мин±3 ч 42 мин	6 ч 42 мин±1 ч 30 мин	<0,001
30—34	13 ч 6 мин±3 ч 30 мин	7 ч 48 мин±4 ч 17 мин	<0,001
35 лет и старше	21 ч 00 мин±2 ч 14 мин	8 ч 48 мин±4 ч 12 мин	<0,001

Для каждой возрастной группы нами была вычислена средняя продолжительность родовой деятельности у перво- и повторнородящих (см. табл.). Оказалось, что среди рожениц до 20 лет средняя продолжительность родов составляет 11 ч 30 мин. При этом у перво- и повторнородящих длительность родов практически одинакова (разница не достоверна). Интересно, что у рожениц 35 лет и старше средняя продолжительность родов намного больше, чем в остальных группах (более 20 ч). Продолжительность родов у женщин 35 лет и старше следует иметь в виду их длительность, а также нормативы нормальной церебральной гемодинамики у плода для профилактики асфиксии.

УДК 616.714/716+616.831—001.31

Г. М. Николаев, Р. М. Хабибрахманов (Казань). Закрытая черепно-мозговая травма

С 1970 по 1980 г. в отделение нейрохирургии 15-й городской больницы г. Казани поступило 14 099 больных, из них по поводу травм оперировано 4358 (30,9%) человек. Нами проведено обследование пострадавших за 1979 г. Всего за год госпитализировано 1 442 человека с черепно-мозговой травмой, из них 748 (51,9%) — с сотрясением головного мозга, 182 (12,6%) — с ушибом головного мозга, не осложненным внутричерепным кровоизлиянием. Как видно, сотрясения и ушибы головного мозга преобладают, составляя 64,5%. Из указанного выше контингента пострадавших умер только один больной, у которого при вскрытии оказался ушиб головного мозга (клинический диагноз) на фоне перелома свода черепа и основания мозга.

Как и большинство авторов, мы считаем, что в снижении летальности играют роль своевременная диагностика и объективно выбранный комплекс лечения. Для