

его сывороточный уровень у больных 1-й группы был равен  $1,9 \pm 0,3$  мг/л, в то время как у больных 2-й группы —  $2,6 \pm 0,8$  мг/л. При использовании плацентарного альбумина нормализация количества лейкоцитов в периферической крови наступала также раньше.

Следовательно, обнаруженные в промышленных препаратах плацентарного альбумина эмбрио-плацентарные белки — альфа-фетопроtein и термостабильная плацентарная щелочная фосфатаза — участвуют в создании лечебного эффекта при их парентеральном введении в организм. Поэтому во врачебной практике необходимо дифференцированно подходить к выбору альбумина, обязательно регистрировать в документах тип препарата (донорский или плацентарный), что, к сожалению, в практическом здравоохранении делается не всегда. В связи с обнаруженным фактом возникает важная практическая проблема клинического испытания отдельных эмбриональных белков с целью регуляции различных функций организма.

УДК 617.51—001.036.8 + 617.5821—089.8

### Н. Я. Прокопьев (Тюмень). Лечение пострадавших с закрытыми диафизарными переломами бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой

В основу настоящего сообщения положены наблюдения за 103 пострадавшими с закрытыми переломами диафиза бедра в сочетании с черепно-мозговой травмой. Мужчин было 89, женщин — 14. Сдавление головного мозга внутричерепной гематомой диагностировано у 2 человек. Производственные травмы отмечены у 16,5% пострадавших, дорожно-транспортные — у 69,9%, бытовые — у 13,6%. В состоянии алкогольного опьянения травмы получили 23,3%. В состоянии травматического шока поступили 37,8% больных.

В остром периоде черепно-мозговой травмы переломы бедра мы начинали лечить методом скелетного вытяжения. Как самостоятельный метод он был применен у 24 (23,3%) пострадавших. Однако наряду с простотой скелетное вытяжение имеет и ряд существенных недостатков: при нем сложно удерживать костные отломки в правильном положении и трудно выполнять диагностические и лечебные мероприятия. Кроме того, для уточнения положения отломков нужен многократный рентгеновский контроль. При лечении скелетным вытяжением необходимо поднять ножной конец кровати, что неблагоприятно сказывается на течении черепно-мозговой травмы, при которой наблюдается повышение внутричерепного давления. Через 1,5—2 мес с целью фиксации перелома после снятия больного со скелетного вытяжения, накладывали тазобедренную гипсовую повязку, что также имеет существенные недостатки: часты случаи, когда перелом бедра срастается полностью, а атрофия мышц и контрактуры суставов вследствие длительной иммобилизации еще долгое время требуют дополнительного лечения. Длительная иммобилизация гипсовой повязкой, гиподинамия вызывают функциональные расстройства и других различных систем организма. Поэтому в последние годы мы отдаем предпочтение оперативным методам лечения переломов бедра, преимущественно интрамедуллярному остеосинтезу массивными металлическими стержнями. Наш опыт показал, что оперативный метод позволяет значительно активизировать пострадавших и проводить полноценную реабилитацию, одним из звеньев которой является лечебная физкультура.

Мы пришли к убеждению, что остеосинтез пока не ранее конца 2-й недели стационарного лечения, когда полностью устранены нарушения гемодинамики и пострадавший прошел всестороннее обследование. Основным методом лечения был открытый интрамедуллярный остеосинтез стержнем Кюнчера, примененный у 67 (65%) пострадавших. Для достижения стабильности перелома мы проводим рассверливание костномозговой полости буравами, что позволяет применять мощный полый гвоздь и в большинстве случаев исключать внешнюю иммобилизацию, а также дает возможность в ранние сроки после операции начинать движения в суставах оперированной конечности. Закрытый интрамедуллярный остеосинтез был выполнен у 5 (4,9%) больных (канд. мед. наук М. Я. Баскевич). На наш взгляд, он предпочтительнее открытого остеосинтеза, так как при нем не травмируются мягкие ткани в области перелома и надкостница, играющие основную роль в репаративной регенерации.

Остеосинтез аппаратом Илизарова был применен у 5 больных. В связи с воспалением мягких тканей в области спиц, а также невозможностью осуществления активных движений в коленном суставе из-за прохождения спиц через мышцы бедра аппарат в различные сроки был снят, и 3 больным лечение продолжено иммобилизационным методом, а 2 был выполнен открытый интрамедуллярный остеосинтез.

При лечении методом скелетного вытяжения продолжительность нетрудоспособности пострадавших составила  $224,3 \pm 11,6$  дня, при открытом интрамедуллярном остеосинтезе —  $162,8 \pm 3,5$ , при закрытом —  $128,6 \pm 6,3$  ( $P < 0,01$ ). Инвалидность установлена у 6,8% пострадавших, леченных методом скелетного вытяжения, у 10,7% — при открытом интрамедуллярном остеосинтезе. Продолжительная нетрудоспособность зависела от ряда причин — наличия тяжелой черепно-мозговой травмы, сопутствующих повреждений других костей, чрезмерной продолжительности дооперационного лечения, погрешностей в проведении операции и др.

Отдаленные результаты изучены у 85 человек в сроки от 2 до 11 лет после травмы. Из 72 больных после интрамедуллярного остеосинтеза у 84,7% получены хорошие результаты, у 6,9% — удовлетворительные и у 8,4% — плохие.

УДК 618.4—006.36—022.363:612.017.1

### С. И. Зудикова (Саратов). Состояние противоопухолевой резистентности больных миомой матки

Изучали состояние противоопухолевой резистентности организма у больных с миомой матки. Специфическую иммунную защиту оценивали по относительному и абсолютному числу Т-лимфоцитов в периферической крови, соотношению субпопуляций Т-киллеров, Т-хелперов и Т-супрессоров, реакциям гиперчувствительности замедленного типа с 2,4-динитрохлорбензолом (ДНХБ) и торможения миграции лейкоцитов. Неспецифическую резистентность исследовали по активности комплемента и его третьей фракции, а также суточной экскреции 17-ОКС. С целью выяснения состояния гипофизарно-надпочечниковой системы проводили тест дексаметазонового подавления путем определения экскреции 17-ОКС после двухдневного приема препарата в дозе 0,125 мг 4 раза в день.