

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 внутрочерепной 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 внутрочерепного 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.

Были обследованы 258 больных в репродуктивном и пременопаузальном возрасте (средний возраст — 45 ± 2 года) с сохраненной менструальной функцией. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин 30—48-летнего возраста с регулярным двухфазным менструальным циклом. У 92,2% больных среднее число беременностей было 4,3, среднее число родов — 1,4. Среди перенесенных и сопутствующих гинекологических заболеваний воспалительные процессы отмечены у трети больных; имели место псевдоэрозии шейки матки, полипы эндометрикса, дисфункциональные маточные кровотечения оперативные вмешательства на придатках матки. У 157 (60,8%) женщин каких-либо других гинекологических заболеваний, кроме миомы матки, не было.

С учетом преобладающего симптома больные были разделены на 5 групп. В 1-ю вошли 20 (7,7%) больных с жалобами на увеличение размеров матки; во 2-ю — 42 (16,3%) женщины, стоящие на диспансерном учете более года, у них не было жалоб и клинических проявлений заболевания за исключение увеличенных размеров матки; в 3-ю — 102 (39,5%) больные с ациклическими и циклическими маточными кровотечениями; в 4-ю — 55 (21,3%) женщин с истинным и «ложным» ростом опухоли; в 5-ю — 39 (15,1%) пациенток с жалобами на боли в нижних отделах живота, которые не были связаны с какой-либо другой гинекологической патологией. Течение заболевания у больных 3, 4, 5-й групп расценено как неблагоприятное, у больных 2-й группы — как благоприятное.

При неблагоприятном течении миомы установлено угнетение Т-лимфоцитарной системы, что проявлялось снижением абсолютного и относительного числа Т-лимфоцитов, замедленной реакцией торможения миграции лейкоцитов, уменьшением числа положительных кожных реакций гиперчувствительности замедленного типа с 2,4-ДНХБ. Вместе с тем у больных на ранних этапах заболевания (1-я группа) и при его благоприятном течении (2-я группа) на фоне отсутствия достоверных изменений относительного содержания Т-лимфоцитов была снижена функциональная активность клеток. Анализ субпопуляций Т-лимфоцитов выявил возрастание числа Т-хелперов и Т-супрессоров при тенденции к уменьшению количества Т-киллеров. Наиболее выраженные отклонения имели место при симптоме роста опухоли.

Определение индекса соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров, составляющего у здоровых 2,6, показало значительное его снижение при неблагоприятном течении заболевания, что свидетельствует о преобладающем возрастании супрессорной активности Т-лимфоцитов. Возможно, повышение уровня Т-супрессоров при одновременном снижении Т-киллеров — один из факторов потенцирования миомы матки. Увеличение количества Т-хелперов, активирующих продукцию иммуноглобулинов, вероятно, является одной из причин дисиммуноглобулинемии, характерной для больных с миомой матки.

Активность комплемента была повышенной у женщин с болевым симптомом, угнетенной — при симптоме роста опухоли; в остальных клинических группах достоверные изменения отсутствовали. Активность третьей фракции комплемента, обеспечивающей развитие специфического и неспецифического лизиса ауто- и экзоантигенов, во всех клинических группах не была нарушенной.

Повышение экскреции 17-ОКС констатировано

при благоприятном течении миомы и симптоме маточных кровотечений, тогда как при симптоме роста опухоли обнаружено резкое угнетение экскреции глюкокортикоидов.

При проведении теста дексаметазонового подавления у 75 больных с различным клиническим течением миомы значительное снижение экскреции 17-ОКС было установлено только у 12 (16%) больных. Почти у пятой части больных снижение отсутствовало или было менее 40%; более чем у половины отмечено повышение уровня экскретируемых глюкокортикоидов. Отсутствие закономерного понижения экскреции 17-ОКС после приема дексаметазона свидетельствует о нарушении центральной регуляции коры надпочечников, повышении порога чувствительности гипоталамуса к регулирующим влияниям, наличии эндогенной депрессии. Полученные данные позволяют заключить, что больным с миомой матки свойственны указанные нарушения.

Итак, у больных с миомой матки наблюдается угнетение Т-лимфоцитарной системы иммунитета, тогда как активность комплемента и глюкокортикоидной функции коры надпочечников, связанных с неспецифической резистентностью организма, зависит от клинической картины заболевания и снижена только при симптоме роста опухоли. Угнетение Т-компонента системы иммунитета способствует потенцированию миомы, что диктует необходимость лечебного воздействия с целью повышения защитных свойств организма у всех больных с подобной патологией.

УДК 616.981.551—053.8

Л. Л. Гельфанд, С. А. Михеев, И. Х. Габидулина, Н. В. Степанова (Казань). Клиника и лечение столбняка у взрослых

На фоне постоянной иммунизации населения против столбняка заболеваемость этой инфекцией снизилась, но летальность продолжает оставаться высокой.

Мы проанализировали 13 историй болезни больных столбняком. Во всех наблюдениях заболевание носило генерализованный характер. Среди больных было 9 мужчин; 10 пациентов были сельскими жителями. Возраст больных колебался от 21 до 47 лет, что свидетельствовало об их недостаточной профилактической иммунизации. Заболевание чаще наблюдалось в апреле — октябре, то есть в период сезона сельскохозяйственных работ.

Причиной инфекции служили резаные, колотые, рваные раны конечностей (9), рваные раны лица (2), криминальный аборт (1), криптогенный столбняк (1), при котором видимых повреждений кожи и слизистых не обнаружено.

В анамнезе больных и в направлениях в стационар не было справок об активной иммунизации в прошлом. На доклиническом этапе пострадавшим с профилактической целью вводили только противостолбнячный анатоксин; хирургическая обработка ран была проведена у $\frac{2}{3}$ больных. Противостолбнячную сыворотку не вводили.

Очень тяжелое течение столбняка развилось у 4 больных (все погибли), тяжелое — у 2, среднетяжелое — у 5, легкое — у 2.

У всех больных заболевание начиналось остро. Длительность инкубационного периода зависела от локализации раны.

При легкой форме столбняка инкубационный период продолжался 3 недели. Больные поступили