

вании различных измерительных инструментов и рентгенологических методик. Они или не дают точной информации о поражении определенного межпозвоночного диска (соответственно двигательного сегмента), или требуют дополнительных сложных приспособлений, или в результате применения такого способа получают трудно сравнимые абсолютные величины (градусы).

Предлагаемый нами способ оценки функционального состояния позвоночника (приоритетная справка № 3844463/14-9766) заключается в том, что на боковых рентгенограммах позвоночника измеряют переднюю высоту любого межпозвоночного диска (h_p) при максимальном разгибании и соотносят ее с передней высотой (h_c) того же диска при максимальном сгибании (см. рис. а, б). Полученное отношение ($\frac{h_p}{h_c}$) является показателем снижения эластичности межпозвоночного диска:

$$КЭД = \frac{h_p}{h_c}$$

где КЭД — коэффициент эластичности диска.

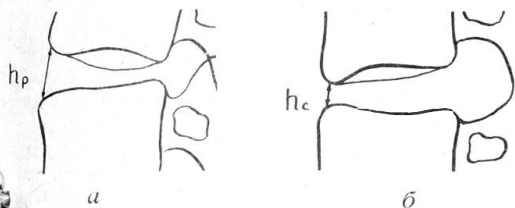


Схема боковой проекции двигательного сегмента позвоночника L_4-L_5 : а — передняя высота межпозвоночного диска в положении максимального разгибания (h_p) туловища, б — максимального его сгибания (h_c).

КЭД был вычислен у 122 женщин, обследованных рентгенологически. В возрасте от 16 до 30 лет было 67 (55%) женщин, от 31 до 60 лет — 55 (45%). У лиц в возрасте до 30 лет средняя арифметическая величина КЭД составила для диска L_3-L_4 $2,47 \pm 0$, после 30 лет — $1,68 \pm 0,36$; для диска L_4-L_5 соответственно $2,48 \pm 0,15$ и $1,73 \pm 0,2$. Статистически достоверное уменьшение коэффициента эластичности обоих дисков у лиц в возрасте старше 30 лет свидетельствует о снижении эластичности межпозвоночных дисков в зависимости от возраста.

Данная методика дает возможность получать точную количественную характеристику эластичности определенного межпозвоночного диска, которую удобно статистически обрабатывать при повторных наблюдениях или массовых исследованиях.

М. А. Абдулгалимов (Алькеевская ЦРБ, Татарская АССР). О лечении гнойных ран

В 1985—1987 гг., в хирургическом отделении ЦРБ находились 142 пациента (мужчин — 77, женщин — 65) в возрасте от одного года до 85 лет с гнойными ранами и гнойно-некротическими поражениями мягких тканей.

Высеянная из ран патогенная микрофлора оказалась чувствительной к канамицину, ампициллину, стрептомицину, мономицину, карбенициллину.

Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 57 больных, леченных протеолитическими ферментами, антибиотиком и криоошением, во 2-ю — 85 больных, перенесших активную хирургическую обработку гнойно-некротических ран. Охлаждение областей раны в определенном температурном режиме может оказать стимулирующее и защитное воздействие. Лечебное действие холода обусловлено уменьшением микробной обсеменности патологического очага, улучшением сосудисто-тканевой циркуляции и ускорением репаративных процессов в ране. Дозированное охлаждение гнойной раны струей хлорэтила осуществляли с экспозицией 40—50 с. Обработку раны хлорэтилом проводили сразу после вскрытия гнойника, удаления гнойно-некротических тканей и местной инфильтрации раны (протеолитический фермент и антибиотик), в дальнейшем ежедневно до полного очищения раны от гнойно-некротических тканей с последующим наложением швов на рану.

Эффективность лечения оценивали по показателям общей температуры тела больных и анализов крови, по длительности периода очищения раны от некротических и гнойных масс и срокам пребывания больных в стационаре. Результаты лечения сравнивали с показателями больных, леченных традиционными методами. У больных 1-й группы температура тела нормализовалась на 4—5-е сутки, признаки воспаления в ране стали слабее, нейтрофильный сдвиг крови и число лейкоцитов уменьшились. На 6—7-е сутки инфильтрат вокруг раны значительно уменьшился, кожа приобретала обычную окраску. Больные 1-й группы находились на стационарном лечении около 12—13 суток.

У больных 2-й группы, леченных традиционным (удаление гнойно-некротических тканей из раны хирургическим путем, промывание ее антисептическими растворами в период очищения и наложение швов на рану после ее очищения от гнойно-некротических тканей), температура тела нормализовалась на 8—9-е сутки. Количество гнойного отделяемого было значительным, и гной имел густую консистенцию. Период очищения раны кончился на 11—12-е сутки. Больные этой группы были в стационаре 17—18 суток.

Наши наблюдения показали, что лечение гнойных ран с местной инфильтрацией их протеолитическими ферментами, одним из чувствительных к микрофлоре антибиотиков, а также криоодействием с последующим наложением швов на рану значительно сокращает сроки пребывания больных на стационарном лечении.

УДК 616.12—073.97—073.176

Г. В. Дзяк, С. В. Логинов (Днепропетровск), Ю. И. Рейдерман (Днепродзержинск). Обработка результатов эхокардиографии с помощью микроалькуляторов

Ультразвуковая диагностика в кардиологии связана с необходимостью трудоемких расчетов геометрических параметров левого желудочка. Эти вычисления могут быть в значительной мере сокращены врачом, если он воспользуется серий-