

Непосредственные результаты оздоровления женщин по данным гинекологического кабинета БФО в 1984—1986 гг. (%)

Нозологические формы	Выписаны с улучшением			Выписаны без изменений		
	1984 г.	1985 г.	1986 г.	1984 г.	1985 г.	1986 г.
Хронический сальпингофорит, параметрит, периметрит	99,5	98,7	99,6	0,5	1,1	0,4
Миома матки в сочетании с хроническим сальпингофоритом	95,5	96,8	98,1	4,5	3,2	1,9
Нарушение овариально-менструального цикла	100,0	98,1	97,3	—	1,9	2,7
Климактерический синдром	100,0	100,0	97,8	—	—	2,2
Прочие (эррозия шейки матки, эндометриоз, колпит неспецифический, опущение стенок влагалища)	100,0	96,6	97,5	—	3,4	2,5
Всего	99,0	98,0	98,4	0,9	1,9	1,6

собительных механизмов и повышения устойчивости организма назначают гидротерапевтические процедуры: циркулярный и восходящий душ, хвойно-жемчужные, хвойно-морские, йоднобромные ванны и полуванны.

Лечебную грязь иловую, сульфидную доставляют из курорта «Сергиевские минеральные воды», добывая ее из озера Молочка. Наличие в ней значительного количества органических и неорганических веществ, различных солей, кислот, газов, биостимуляторов и пенициллиноподобных веществ активизируют ее физико-химические и биологические действия. Грязь нагревают до 38°—44° и используют ее в виде местных аппликаций на зоны «брюк» и «трусов», полостных вагинальных и ректальных тампонов. Из пеллоидо-подобных веществ применяют парафино-озокерит по кюветно-аппликационной методике при температуре 48—54°.

Эффективность лечения женщин с гинекологическими заболеваниями оценивается в каждом санатории-профилактории и в гинекологическом кабинете БФО комплекса с учетом временной утраты трудоспособности до лечения в комплексе и после него, при этом определяющими критериями являются значительное улучшение, просто улучшение, состояние без изменений, ухудшение общего состояния и женской половой системы.

Данные о непосредственных результатах лечения приведены в таблице.

В 1985 г. у одной женщины с хроническим сальпингофоритом лечение осложнилось обострением заболевания. В 1986 г. еще одна женщина с климактерическим синдромом была выписана без изменений общего состояния. На курорте «Сергиевские минеральные воды» в группе больных с хроническим сальпингофоритом значительное улучшение отмечалось у 34,0% женщин, просто улучшение — у 48,7%.

Таким образом, организация для комплекса санаториев-профилакториев единой лечебной базы позволяет более эффективно пользоваться природными лечебными факторами и проводить лечебно-оздоровительные мероприятия на современном уровне.

УДК 616.316—006.55—089.8—07

А. В. Лепилин, П. Ф. Шашков, А. И. Завражнова, Т. А. Серова (Саратов). Отдаленные результаты лечения полиморфным аденом слюнных желез

Мы проанализировали клиническое течение полиморфных аденом слюнных желез, отдален-

ные результаты их лечения, морфологические особенности течения опухолей и их рецидивов.

В клинике госпитальной хирургии лечебного факультета Саратовского медицинского института с 1959 по 1987 г. находились на лечении 288 больных (мужчин — 99, женщин — 189) по поводу полиморфных аденом слюнных желез. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 21, от 21 до 50 — 183, от 51 до 60—44, свыше 61—40. Давность заболевания колебалась от 3 мес до 43 лет. У 205 (71,2%) больных полиморфная аденома локализовалась в околоушной железе, у 36 (12,5%) — в поднижнечелюстной слюнной железе и у 47 (16,3%) — в малых слюнных железах слизистой полости рта. По гистологическому строению у 52% больных были опухоли смешанного типа.

Всем больным проводилось оперативное лечение. При локализации полиморфных аденом в околоушной слюнной железе и в малых слюнных железах производили энуклеацию опухоли, а при наличии рецидива — плоскостную резекцию околоушной слюнной железы с препаровкой лицевого нерва. При локализации опухоли в поднижнечелюстной слюнной железе ее удаляли сэкстирпацией железы. В процессе исследования изучали морфологическое строение опухоли и зависимость рецидивирования от структуры полиморфной аденомы.

Была прослежена судьба 103 из 288 больных. У 3 пациентов в момент осмотра был выявлен рецидив опухоли. У 2 больных полиморфная аденома была представлена 3 узлами, которые отделялись друг от друга тканью железы. Следовательно, рецидивы могут быть обусловлены первичной мультицентричностью опухоли. Рецидивов после удаления полиморфных аденом поднижнечелюстной слюнной железы и малых слюнных желез у нас не было. В то же время после удаления опухолей околоушной слюнной железы рецидивы были у 14 (13,6%) больных. При морфологическом изучении рецидивов полиморфных аденом гистологическая картина была такой же, что и в первичных. Нами не выявлено зависимости между частотой рецидивирования и особенности гистологического строения опухоли.

При длительном течении опухолевого процесса возрастаёт вероятность озлокачествления опухоли. Так, у 6 больных произошло озлокачествление полиморфных аденом слюнных желез (у 4 — околоушной, у 2 — поднижнечелюстной). Все это указывает на то, что в отношении больных с опухолями слюнных желез нужно придерживаться активной хирургической тактики

лечения, врачи должны направлять больных с опухолями слюнных желез к хирургам-стоматологам. Дооперационный диагноз следует основывать на данных клинического, цитологического и рентгенологического исследований. Наиболее достоверными являются результаты гистологического исследования, в 100% случаев подтверждающие клинический диагноз. Аденомы слюнных желез у женщин встречаются чаще, чем у мужчин.

Результаты изучения отдаленных исходов лечения полиморфных аденом показали, что в связи с доброкачественным характером, структурой опухолей в большинстве случаев можно

ограничиться энуклеацией опухолей околоушной слюнной железы и малых слюнных желез. При наличии опухолей в поднижнечелюстной слюнной железе необходимо удаление полиморфной аденомы с экстирпацией железы. Следует придерживаться активной хирургической тактики лечения больных с опухолями слюнных желез. Врачам нужно направлять больных с подозрением на опухоли слюнных желез для диагностики и лечения в стоматологические поликлиники и стационары с последующим анализом послеоперационного материала в патологическом отделении.

НОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ

УДК 616.717.2—001.5—085.477.33

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ШИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

Т. А. Хасанов, Р. Ю. Алемасов

Для лечения переломов ключицы нами разработана функциональная шина, которая является усовершенствованной шиной С. И. Кузьминского. Она обеспечивает репозицию и устойчивую фиксацию отломков, позволяет максимально приподнимать, отводить и удерживать плечевой пояс в приподнятом положении в течение периода, необходимого для срастания отломков.

Шина выполнена из У-образной дюралюминиевой рамы, снабженной упорной площадкой для подмыщечной области с возможностью перемещения этой площадки вверх и вниз. Упорная площадка надета на стержень, перемещающийся в пазах части рамы. Нижняя часть рамы выполне-

на с изгибом, который соответствует форме подвздошной кости (рис. 1). Для обезболивания места перелома вводим 10—15 мл 0,5% или 1% раствора новокaina. Шину к грудной клетке фиксируем гипсовым бинтом (рис. 2).

Репозицию и фиксацию отломков осуществляют с помощью площадки, которая упирается в подмыщечную область. После контрольной рентгенографии остаточное смещение костных отломков в течение 2—3 дней устраним при помощи дистракционного стержня. Простота конструкции и доступность изготовления позволяют рекомендовать шину для лечения переломов ключицы.

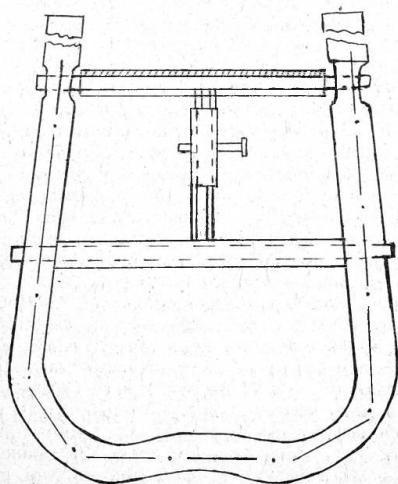


Рис. 1.

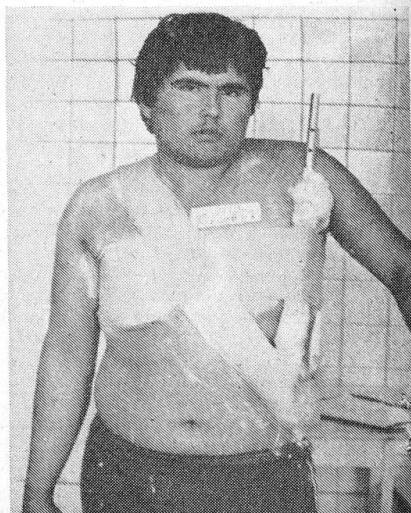


Рис. 2.