

Этот метод отличается от известных предложений лечения переломов лодыжек инъекциями новокаина (Богдан Стоич и др.) следующим:

1. Мы не отказываемся от гипсовой иммобилизации в течение первых 10—14 дней, так как считаем ее совершенно необходимой в силу замечательного обезболивающего эффекта, достигаемого гипсовой повязкой, а также во избежание вторичного смещения, возможного до развития первичной спайки.

2. Мы производим инъекции новокаина не в первые дни после перелома, а в пост-иммобилизационном периоде, когда обезболивающее действие гипсовой повязки устраняется, дальнейшая иммобилизация нецелесообразна в силу своих неблагоприятных последствий, а боли держатся. Инъекции новокаина, блокирующего анти-дромный рефлекс, снимают боли, способствуют быстрейшему спадению отека и восстановлению трофики. Все это вселяет в больных уверенность (а с психологическим фактором нельзя не считаться), и они в более короткий срок начинают ходить без костылей или палочки, лучше занимаются гимнастикой сустава.

Наблюдавшиеся нами больные уже к 21—22 дню ходили довольно свободно, а к работе вернулись через 28—40 дней после перелома. При лечении же по общепринятой методике больные возвращаются к труду через 30—60 дней (Е. Н. Калиновская и др.).

Отдаленные результаты лечения больных по этой методике изучены нами на сроках через 2—10 месяцев после травмы. У всех трудоспособность полностью восстановилась, они вернулись к работе по прежней профессии. Деформации, отеков, цианоза, местных нервных расстройств или атрофии не отмечено, движения в голеностопном суставе восстановились в полном объеме. При рентгенографии на указанных выше сроках патологических изменений не обнаружено, вторичного смещения отломков не отмечено. Все сказанное дает основание оценить результаты лечения как хорошие. Получив такие обнадеживающие результаты, мы предполагаем испытать описанную выше методику при лечении двулодыжечных переломов без смещения отломков.

Госпитализация всех больных с переломами лодыжек позволила бы увеличить количество и частоту инъекций новокаина, что, возможно, способствовало бы еще большему сокращению сроков нетрудоспособности таких больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калиновская Е. Н. Переломы лодыжек и их лечение, М., 1952.
2. Стоич Богдан. Хирургия, 1947, 1.

Поступила 18 марта 1961 г.

ЛЕЧЕНИЕ БЕСПЛОДИЯ ПО МЕТОДУ проф. В. В. ТРЕТЬЯКОВА

Асс. Т. И. Степанова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. В. В. Третьяков)
Башкирского медицинского института

Трудности и длительность терапии бесплодия, а порой отсутствие желаемого результата побуждают нас к изысканию новых и доступных методов лечения. При женской стерильности, вызванной перенесенными воспалительными заболеваниями малого таза и инфантилизмом половых органов, мы, по предложению проф. В. В. Третьякова, применяем с октября 1958 г. сухо-воздушные банки на шейку матки.

Ставя банку на шейку матки, мы непосредственно влияем на половую сферу женщины, вызывая гиперемию, под влиянием которой могут рассасываться воспалительные продукты, улучшаться питание тканей, и это может способствовать доразвитию органа при его гипо-

плазии. Кроме того, при постановке банки на шейку матки изменяется химизм шеечного содержимого, вследствие чего облегчается восхождение сперматозоидов в вышележащие отделы полового тракта.

Банки нами изготовлены специальные из жаростойкого стекла. Они представляют собой цилиндрики различного диаметра (от 2 до 3,5 см), высота которых 5—6 см. Для удобства постановки и их снятия они снабжены стеклянным стержнем. Стерилизация банок производится путем простого кипячения.

Чтобы поставить банку, нужно ложкообразными зеркалами обнажить шейку матки, очистить ее стерильным тампоном от слизи и влагалищного содержимого. Разрежение воздуха в полости банки достигается обычным путем, как и при постановке ее на кожу. При этом внутрь банки втягиваются шейка и влагалищные своды. Банки ставятся ежедневно на 20—40 мин в течение межменструального периода. За 5 дней до менструации лечение прекращают. Второй курс, если в нем имеется необходимость, начинается на третий день после окончания месячных. Обычно больше трех курсов не назначается. Больная во время описываемой процедуры может лежать, сидеть и ходить, не испытывая каких-либо неприятных ощущений. Изредка появляются боли в низу живота тянущего характера, которые проходят по снятии банки. Последнее производится потягиванием стержня справа в сторону, а потом на себя, при этом никаких затруднений мы не наблюдали. В банке, как правило, оказывается от 0,5 до 2 мл жидкого содержимого, представляющего собой секрет маточных желез, иногда слегка окрашенный кровью.

Показания к применению банок: 1) острые и подострые воспалительные процессы внутренних половых органов; 2) инфантилизм и гипоплазия половых органов; 3) аменорея яичникового происхождения.

Противопоказания: 1) подозрение на маточную и внематочную беременность; 2) опухоли половых органов; 3) подозрительные на рак эрозии шейки матки; 4) пороки развития половых органов, препятствующие постановке банки.

С октября 1958 г. по декабрь 1960 г. подверглись лечению только сухо-воздушными банками 138 женщин (с первичным бесплодием — 79 и с вторичным — 59).

Период бездетности мы определяли в 2 года от начала половой жизни при здоровом муже.

Большинство бесплодных были в возрасте от 25 до 35 лет (102). Стерильность продолжалась от 2 до 18 лет.

Трубное бесплодие обнаружено путем сальпингографии у 67 бесплодных.

Беременность наступила у 31 женщины, у 26 — в первые 2 месяца после прекращения лечения сухо-воздушными банками и у 5 — на 5—6 месяц.

При длительности бесплодия от 2 до 5 лет забеременело 25 женщин, а при стерильности от 6 до 11 лет — только 6.

Маточная беременность наступила у 28 женщин и внематочная — у 3.

ВЫВОДЫ

1. Сухо-воздушные банки должны найти широкое применение в гинекологической практике.

2. Можно рекомендовать банки в качестве терапевтического средства при первичном и вторичном бесплодии.

3. Сухо-воздушные банки дают хороший терапевтический эффект при инфантилизме и воспалительных заболеваниях женской половой сферы в остром и подостром периодах.

4. Способ применения сухих банок прост, безвреден, не требует материальных затрат и по эффективности не уступает грязелечению, которое не всегда доступно для больных.

1. Глаузман Б. Е. Физиотерапия, 1929, т. 3, 6. — 2. Третьяков В. В. Тр. Туркменского мед. ин-та, т. III, 1947, Ашхабад.

Поступила 2 ноября 1961 г.

ДЕТОРОДНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ МИОМЭКТОМИИ

Р. А. Курбатова и В. А. Белыева

Отделение оперативной гинекологии (зав.— проф. М. В. Дубнов)
Института акушерства и гинекологии АМН СССР

За последние годы консервативная миомэктомия значительно чаще применяется при оперативных вмешательствах у молодых женщин, страдающих фибромиомой матки.

С 1948 по 1960 гг. в нашем институте по поводу фибромиомы матки произведено 1136 операций, из них консервативных миомэктомий — 266 (23,4%).

Задачей нашей работы являлось: а) выяснить способность женщин, перенесших консервативную миомэктомию, к зачатию и б) изучить течение беременности и родов после такого оперативного вмешательства при различном расположении и характере удаленных фиброматозных узлов. Последнее нам представляется особенно интересным, если учесть, что сократительная способность матки во время беременности и в родах в разных отделах ее неодинакова.

За период с 1948 по 1960 гг. операция консервативной миомэктомии с сохранением возможности последующего зачатия произведена у 129 женщин в возрасте до 40 лет. Отдаленные результаты прослежены у 95 женщин. У 76 из них было до операции 188 беременностей. Беременность закончилась срочными родами у 41, недонашиванием — у 9,6%, искусственным абортom — у 46,8% и была внематочной беременностью — у 2,6%.

Способность к зачатию после консервативной миомэктомии снизилась почти в 2 раза, причем преимущественно у женщин, оперированных после 30 лет.

Беременность после операции наступала в каждой возрастной группе женщин и чаще всего в сроки от 1½ до 3 лет.

Из 95 оперированных вне беременности забеременели 36 (37,7%).

После удаления фиброматозных узлов часто наблюдается недонашивание беременности. Обращает на себя внимание большая частота недонашивания беременности у тех лиц, у которых фиброматозные узлы удалены из дна матки (из 5 женщин не доносили беременность 4).

Из осложнений в течение беременности следует отметить боли в области бывшей операции и поздний токсикоз беременных. Боли наблюдались у 5 женщин после удаления интерстициальных узлов из передней стенки матки. Поздний токсикоз беременных наблюдался у 5 из 20.

Течение первых родов после консервативной миомэктомии изучено нами у 20 женщин, причем обнаружен ряд осложнений.

Несвоевременное отхождение околоплодных вод наблюдалось у 6 женщин, причем в половине случаев у тех, которым было произведено удаление интерстициальных узлов.

У 3 женщин наблюдалась слабость родовой деятельности. По литературным данным, эта патология вообще наблюдается от 2,4% до 8,1%.

У трех рожениц были симптомы угрожающего разрыва матки, в двух случаях — угрожающая асфиксия плода; у одной преждевремен-