

5/V 1967 г. больная поступила повторно и выписалась после 83-дневного стационарного лечения. На этот раз в клинической картине заболевания превалировал легочный синдром: частые затяжные приступы бронхиальной астмы на фоне диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких. Температура была субфебрильной, периодически наблюдалась артериальная гипертензия.

УДК 611.717.2 — 616.71 — 001.5

И. С. Капитанский и А. А. Беляков (Саранск). Оперативное лечение смещенных и оскольчатых переломов ключицы

Изучены отдаленные результаты лечения 228 больных со смещенными и оскольчатыми переломами ключицы, лечившихся с 1960 по 1967 г. Мужчин было 202. Переломы левой ключицы были у 140 чел. У 61,5% больных была транспортная травма. 155 чел. лечились консервативно (гипсовая повязка Дезо), 73 чел. — оперативно. Из числа оперированных больных у 28 были оскольчатые, у 29 — поперечные и у 16 — косые переломы ключицы. Показаниями к оперативному лечению являлись оскольчатые переломы со смещением по ширине или с отломком, расположенным вертикально к основной оси ключицы и вызывающим давление на плечевое сплетение или угрожающим подключичной артерии; невривимые консервативным способом косые и поперечные переломы, несросшиеся переломы. У 56 больных отломки фиксированы с помощью спицы Кишнера, у 3 — эластическим гвоздем. Фиксаторы мы вводили ретроградно. У 9 больных отломки фиксированы кетгутом и у 5 — шелком.

При консервативном методе хорошие отдаленные результаты лечения получены у 45 чел. (29%), удовлетворительные — у 90 (58%) и неудовлетворительные — у 20 (13%), при оперативном соответственно у 66 (90,4%), 5 (6,8%) и 2 (у 1 из них образовался ложный сустав ключицы после остеосинтеза кетгутом, а у другого — избыточная костная мозоль с наличием свища после остеосинтеза шелком). При металлическом остеосинтезе плохих результатов и осложнений не отмечено. Все 228 больных вернулись к своим прежним профессиям.

Средний срок нетрудоспособности при консервативном лечении переломов ключицы равен 44,5 дня, а при оперативном — 36 дням.

УДК 616.346.2 — 089.87

**В. В. Широких (Шоршелская участковая больница Чувашской АССР).
О перевязке сосудов брыжейки червеобразного отростка**

Вторичное кровотечение после аппендэктомии — хотя и редкое, но очень опасное осложнение. Основным источником кровотечения являются сосуды брыжейки червеобразного отростка. Правильное и тщательное лигирование этих сосудов позволяет устранить угрозу послеоперационных кровотечений. Существующий метод перевязывания брыжейки оправдал себя, но все же в ряде случаев наблюдается соскальзывание лигатуры.

Предлагаемый нами метод лигирования сосудов заключается в следующем. Прокол брыжейки червеобразного отростка иглой Дешана (см. рис.) производят в двух

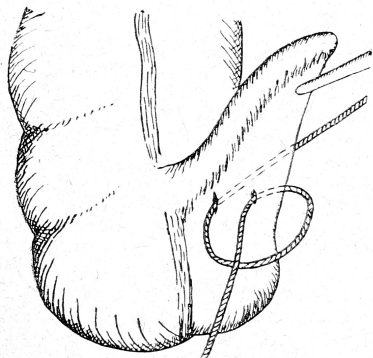


Рис. 1.

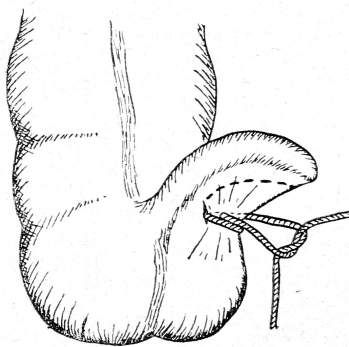


Рис. 2.

местах: первый — у основания отростка, второй — между основанием отростка и свободным краем брыжейки. После отсечения брыжейки от отростка, когда разрез ведут от его верхушки до места первого прокола, второй прокол, фиксируя лигатуру, предотвращает возможность ее соскальзывания.