

2. Метод компрессии сокращает сроки лечения: через 10 дней наступает прочная фиксация трансплантата в дефекте.

3. Хорошие результаты экспериментов и простота техники позволяют рекомендовать этот метод для применения в клинике.

УДК 616—001

#### А. А. Сайфеев (Нижекамск). Редкая комбинированная травма с благоприятным исходом

С., 18 лет, доставлен 27/IX 1967 г. после автомобильной катастрофы в сопорознокотозном состоянии с резко выраженным психомоторным возбуждением. Установлен следующий диагноз: перелом основания черепа в области передней черепной ямки, ушиб головного мозга тяжелой степени, субарахноидальное кровоизлияние, закрытый перелом левой лонной кости без смещения, закрытый оскольчатый перелом средней трети левого бедра со смещением, открытый винтообразный перелом костей левой голени, вывих правого бедра, закрытый надмыщелковый перелом бедра со смещением, шок средней тяжести, травматический психоз.

Кожа и видимые слизистые бледно-сизюшного цвета, холодный липкий пот по всей поверхности тела, черты лица заострены, обширное подкожное кровоизлияние в области обеих глазниц. Дыхание поверхностное. 12—13, ослабленное; перкуторный звук всюду легочный, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы, тоны глухие, АД 90/50, пульс 120, слабого наполнения и напряжения. Живот обычной конфигурации, патологических симптомов нет. Правосторонняя пирамидная недостаточность, резко выраженные менингеальные знаки. В люмбальном ликворе сплошная кровь. Недержание мочи и кала.

Начато лечение: футлярные блокады, локальная гипотермия; первичная хирургическая обработка; вправление вывиха правого бедра, затем скелетное вытяжение на функциональной шине Л. И. Шулутко; дегидратационная и противошоковая терапия, включающая анальгетики; переливание противошоковой жидкости, многократные переливания крови, кровезаменителей; седативные средства, антибиотики; неоднократные люмбальные пункции до полной санации ликвора.

Состояние продолжительное время оставалось тяжелым. Только к концу 2-го месяца у больного исчезли симптомы психоза. Большой стал просить судно; поведение его стало осмысленным, физиологические отправления нормализовались.

24/XI состояние вполне удовлетворительное. На контрольных рентгенограммах: сросшийся перелом лонной кости слева, срастающиеся переломы диафизов левого бедра, левой голени, нижней трети правого бедра. Большой снят со скелетного вытяжения, начата усиленная, активная ЛФК, парафиновые аппликации на области голеностопных, коленных и тазобедренных суставов. После снятия со скелетного вытяжения больной передвигался с помощью коляски.

Через 5 месяцев со дня травмы больной стал передвигаться самостоятельно, с помощью костылей. 6/III 1968 г. выписан на амбулаторное лечение.

Через 4 года после травмы жалоб нет. Со стороны ЦНС патологических знаков не обнаружено, функции нижних конечностей не нарушены. После перенесенной травмы больной закончил электротехникум связи и работает по специальности.

УДК 616. 147. 3—007. 64—616—08—06

#### Доктор мед. наук М. Ф. Муравьев, Ю. В. Перевошиков (Ижевск). О предупреждении осложнений при склерозирующем лечении варикозного расширения вен нижних конечностей

Нередким осложнением склерозирующего лечения является образование интравенозных гематом (при склерозировании варикозно расширенных вен большого калибра), а также тромбофлебит, распространяющийся на коммуникантные и глубокие вены. Для предупреждения этих осложнений мы применяли меры, верность которых подтверждает анализ результатов лечения. С 1966 по 1970 г. нами проведено склерозирующее лечение 500 больным. У 194 из них просвет варикозно расширенных вен был более 0,8 см, с довольно плотными, ригидными стенками и выраженными трофическими изменениями кожи на голени (отеки, пигментация, индурация язвы).

60 больным склерозирующее лечение проводили без предварительной подготовки и бинтами или накладывании цинк-желатиновых повязок от пальцев стопы до коленного сустава сроком на 2 недели, после чего повязки заменялись новыми. При этом больные продолжали свою трудовую деятельность, ходили с повязкой до полного заживления язв, исчезновения отеков, уменьшения пигментации, индурации кожи и подкожной клетчатки. Стенки варикозных вен становились более эластичными, мягкими и хорошо спадались. Подготовка к лечению по указанной методике длилась в среднем до 4 недель, в зависимости от выраженности трофических изменений на голени.

При склерозирующем лечении без предварительной подготовки осложнения возникли у 7 из 60 больных (интравенозные гематомы — у 5, тромбофлебиты — у 2).

Предварительная подготовка (у 40 больных — бинтование эластическими бинтами и у 94 — наложение цинк-желатиновых повязок) положительно сказалась на результатах лечения. Интравенозные гематомы в 1-й группе были отмечены у 3 и во 2-й — у 1 больного, тромбофлебиты не наблюдались.

Полученные данные свидетельствуют о положительной роли указанного мероприятия при склерозировании варикозно расширенных вен нижних конечностей.

Склерозирование производилось по признанной большинством авторов методике, предложенной Орбах.

Отдаленные результаты (через 1—5 лет) изучены у 141 больного. В контрольной группе рецидивы заболевания выявлены у 14 больных из 42, после подготовки бинтованием эластическими бинтами — у 9 из 31, наложением цинк-желатиновой повязки — у 12 из 68. Хорошие результаты лечения — отсутствие рецидива, жалоб и отличный косметический эффект — отмечены у 106 больных.

Таким образом, при предварительной подготовке больных лечение варикозного расширения вен нижних конечностей варикоцидом даст меньше осложнений, хорошие функциональные и косметические результаты.

УДК 616—002.446—616.352

### Л. В. Кузин (Куйбышев-обл.). Консервативное лечение анальных трещин спирт-фурациллин-новокаиновым раствором в амбулаторных условиях

На базе медсанчасти завода под нашим наблюдением с декабря 1966 по апрель 1969 г. находилось 12 мужчин и 10 женщин, которым проводилось консервативное лечение спирт-фурациллин-новокаиновым раствором (фурацилина — 0,02, новокаина — 0,5, винного спирта — 2,0, воды дистиллированной — 100,0). Раствор (5—8—10 мл) вводили одновременно под основание трещины. Иглу вкалывали в пределах здоровой кожи и подводили под основание трещины, а затем делали инъекцию. Лечение проводили амбулаторно.

7 больных были в возрасте до 30 лет, 7 — от 30 до 40 лет, 5 — от 40 до 50 лет и 3 — старше. У 15 больных трещина располагалась на задней стенке, у 4 — на передней, у 2 — на боковой и у 1 — на передней и задней. У 4 чел. была острая форма и у 18 — хроническая. В острых случаях заболевания в диете исключали острые, соленые, горькие блюда и алкогольные напитки. При сильных болях назначали ректальные свечи с совкаином и белладонной, сидячие ванны с марганцовокислым калием. В результате такого комплексного лечения через 1—2 дня исчезали боли, снимался спазм сфинктера, трещины быстро заживали. После 2 блокад трещины зажили у 4 чел., после 3 — у 5, после 4 — у 4, после 5 — у 2, после 6 — у 2, после 7 — у 3.

Таким образом, амбулаторное лечение анальных трещин по избранной нами методике легко выполнимо и дает хорошие результаты.

УДК 618.3—008.6—612.015.32

### Канд. мед. наук В. И. Белоусова (Казань). Липопротейды сыворотки крови матери и новорожденного при беременности, осложненной поздним токсикозом

В настоящей работе нами была поставлена задача провести параллельные исследования содержания липопротендов в сыворотке крови матерей и их детей при физиологической беременности и осложненной поздним токсикозом.

Под нашим наблюдением находились 52 женщины и 42 новорожденных ребенка. Разделение липопротендов мы проводили методом электрофореза на бумаге по А. Е. Гурвичу (1955). Липопротейды окрашивали водно-спиртовым раствором судана IV. Количественное определение осуществляли методом элюции с последующим фотоколориметрированием на ФЭК-М. Одновременно у рожениц и их детей исследовали белковые фракции сыворотки крови.

Результаты исследований фракционного содержания липопротендов сыворотки крови здоровых рожениц, их детей и женщин контрольной группы представлены в табл. 1.

Содержание липопротендов в сыворотке крови новорожденных ближе к показателю, полученному у небеременных женщин, чем у рожениц.

Средние данные фракционного содержания липопротендов в сыворотке крови больных, страдающих поздним токсикозом, и их новорожденных представлены в табл. 2.

У женщин, страдающих токсемией, наблюдалось выраженное уменьшение концентрации  $\alpha$ -липопротендов в среднем до  $26,7 \pm 0,33\%$  ( $P < 0,001$ ). Соответственно увеличивался коэффициент  $\beta/\alpha$  до 2,7 (у здоровых беременных — 2,00). Разница между приведенными средними статистически достоверна.