

(1970), В. Е. Ершов (1968) не обнаружили большой разницы между частотой возникновения желтухи у детей, совместимых и несовместимых с матерями по группам крови. У новорожденных от резус-отрицательной беременности физиологическая желтуха выявлена в 70% (даже при отсутствии иммунологического конфликта); при разнотруппном серологически несовместимом сочетании — в 39%; при разнотруппном серологически совместимом сочетании — в 27,5%; при однотруппном сочетании по системе АВ0 — в 24% и при однотруппном сочетании по системам АВ0, MN — в 13,1%.

Таким образом, при несовместимых сочетаниях физиологическая желтуха наблюдалась в 1,6 раза чаще ($P < 0,01$), чем при однотруппном сочетании по системе АВ0, и в 2,9 раза чаще ($P < 0,001$), чем при однотруппном сочетании по системам АВ0, MN. Следовательно, на частоту физиологической желтухи оказывает влияние внутриутробная иммунологическая несовместимость матери и плода, особенно при резус-отрицательной и гетероспецифической серологически несовместимой беременности.

Транзиторная лихорадка выявлена у 0,6% обследованных детей: от разнотруппной несовместимой беременности — у 2 и от резус-отрицательной беременности — у 1.

У 120 детей была токсическая эритема: в 1-й группе — у 4; во 2-й — у 36; в 3-й — у 18; в 4-й — у 18 и в 5-й — у 44. Итак, изоантигенная несовместимость матери и плода отрицательно влияет на материнский организм, способствуя возникновению токсикозов беременности и патологического течения родов, а также осложняет течение неонатального периода у новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер С. М. Патология беременности. Л., Медицина, 1964.—2. Ершов В. Н. К изучению иммунобиологических взаимоотношений организма матери и плода при перенесенной беременности. Автореф. канд. дисс. Новосибирск, 1968.—3. Кузьмина Г. П. В сб.: Труды Новосибирского мед. ин-та, 1966, 49.—4. Куликова Н. А. Там же.—5. Кытманова Г. Д. К изучению иммунобиологических взаимоотношений организмов матери и плода при нормально протекающей беременности и поздних токсикозах. Автореф. канд. дисс. Новосибирск, 1965.—6. Линева О. И. Роль аутоаллергического компонента в онтогенезе поздних токсикозов беременности. Автореф. канд. дисс. Казань, 1968.—7. Лопатинер М. Л. Морфологическая картина периферической крови у здоровых новорожденных детей в Грузии. Автореф. канд. дисс. Тбилиси, 1970.—8. Покровская Т. И., Наричына Р. М. Сомато-психическое развитие детей в зависимости от антенатального периода. Л., Медицина, 1978.—9. Херхеулидзе Н. Г. Материалы по изучению групповой несовместимости крови матери и плода по системе АВ0 и ее роль в физиологии и патологии детского возраста. Автореф. докт. дисс. Тбилиси, 1975.—10. Hirsfeld L., Sborowski H. Klin. Wschr., 1962, 4, 24.—11. Kothari I. J. Pediat., 1969, 75, 3.

Поступила 26 мая 1980 г.

УДК 616.718.46+616.718.51—001.5—08: [615.83
+615.825.1

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЕЛКОВ БЕДРЕННОЙ И БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТЕЙ

Доктор мед. наук В. М. Аришин

Кафедра травматологии и ортопедии (зав. — заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Ф. Краснов) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

Реферат. Обобщен опыт применения ЛФК и физиотерапии у 112 больных, которые были оперированы по поводу переломов мышечков бедренной и большеберцовой костей. Лечебная гимнастика и физиотерапия способствуют нормализации функционального состояния нервно-мышечного и связочного аппаратов коленного сустава, о чем свидетельствует достижение устойчивости конечности после лечения.

Ключевые слова: мышечки бедренной и большеберцовой костей, переломы, физиотерапия, ЛФК.

В травматологическом отделении нашей клиники с 1964 по 1978 г. оперированы 112 больных (60 мужчин и 52 женщины) с застарелыми переломами мышечков бедренной и большеберцовой костей. Большинство оперированных были в возрасте 45—50 лет. По поводу переломов обоих мышечков большеберцовой кости со смещением оперировано 32 больных, по поводу переломов бедра — 26, наружного мы-

щелка бедра — 17, внутреннего мыщелка бедра — 15, наружного мыщелка большеберцовой кости — 12, внутреннего — 10. У 39 человек перелом большеберцовой кости сочетался с переломами головки малоберцовой кости, у 20 — с повреждением боковых связок, у 17 — с повреждением крестообразных связок, у 31 — с разрывом менисков и у 5 — с подвывихом голени. Больные оперированы в сроки от 1 до 10 мес с момента травмы.

После ревизии коленного сустава, как правило, удаляли разорванный мениск, ущемленный между отломками, производили открытую репозицию и одномоментную компрессию мыщелков съемным аппаратом. Для удержания отломков в достигнутом положении проводили боковой компрессионный остеосинтез спицами с упорными площадками в модифицированной скобе Киршнера.

Методика восстановительного лечения индивидуализирована в зависимости от метода оперативного вмешательства. По способам фиксации отломков больные разделены на 3 группы: 1-я — 70 больных, у которых в послеоперационном периоде не применяли гипсовой иммобилизации, так как боковой компрессионный остеосинтез спицами с упорными площадками обеспечивал устойчивость фрагментов; 2-я — 26 пострадавших с наиболее сложными многоскользкими переломами мыщелков, требующими внешней иммобилизации, ибо фиксация лишь спицами с упорными площадками была недостаточна; 3-я — 16 больных с сочетанными переломами мыщелка и диафиза трубчатой кости, оперативное лечение которых включало открытую репозицию и одномоментную компрессию мыщелка аппаратом; для фиксации накладывали циркулярную гипсовую повязку на 4—5 мес.

Пострадавшие 1-й группы начинали занятия лечебной гимнастикой на 2—3-й день после оперативного вмешательства, когда они начинали ходить с помощью костылей, не наступая на оперированную конечность. В основном лечебная гимнастика состояла из активных движений в оперированном суставе. Спицы с упорными площадками у них удаляли через 3—4 нед. В дополнение к лечебной гимнастике с 5—7-го дня после операции им назначали физиотерапию (массаж, парафин). Дозированную нагрузку на оперированную конечность разрешали через 2—2,5 мес, полную — через 3,5—4 мес.

Больным 2-й группы на следующий день после операции предписывалась «импульсная» гимнастика, включающая ритмические сокращения четырехглавой мышцы бедра, движения в дистальных суставах оперированной конечности и в суставах симметричной конечности. С 10—11-го дня на короткое время снимали гипсовую лонгету, делали аппликации парафина (50—55°) на коленный сустав длительностью 20—30 мин, а затем массаж и осторожно активную гимнастику. Через 3—4 нед удаляли спицы и применяли внешнюю иммобилизацию. Учитывая, что сустав в течение месяца находился в гипсовой повязке, основное внимание при занятиях гимнастикой обращали на его осторожную пассивную разработку. Большое значение придавали упражнениям с дозированной нагрузкой (2—5 кг). Дозированную нагрузку на ногу разрешали через 3—3,5 мес, полную — через 4—5 мес.

Больным 3-й группы на 2—3-й день после операции назначали, как и больным 2-й группы, «импульсную» гимнастику, движения в суставах симметричной конечности, общеукрепляющие упражнения. После снятия гипсовой повязки (через 4—5 мес) основной задачей лечебной гимнастики была насильственная разработка движений в суставе вплоть до этапной редрессации. Большое значение мы придавали настойчивому длительному механо-физиолечению больных 3-й гр., проводимому по следующей методике. Назначали воздействия на поврежденный сустав электрическим полем УВЧ — большими электродами (№ 3) по поперечной методике, длительностью 10—15 мин в течение 10—12 дней, чередуя их с парафиновыми аппликациями (температура 50—55°C, длительность 30—40 мин). После этого в течение 20 дней проводили электрофорез новокаина и ронидазы с положительного полюса в течение 25—30 мин по поперечной методике, чередуя с грязевыми аппликациями (температура 42—44°C, длительность 15—20 мин). При необходимости курс лечения повторяли. Дозированную нагрузку на пострадавшую ногу разрешали индивидуально, обычно через 5—6 мес, полную — через 8—10 мес.

Наш опыт лечения застарелых переломов мыщелков бедренной и большеберцовой костей показывает, что при тщательно обоснованном подходе к механо- и физиотерапии в послеоперационном периоде у этих больных достигается положительный эффект.

Отдаленные функциональные исходы оценивали по трехбалльной системе, согласно следующим критериям: хороший результат — угол сгибания коленного сустава меньше 90°, угол разгибания 180°, отсутствуют боли в суставе при нагрузке, больной полностью трудоспособен на прежней работе; удовлетворительный — сгибание в су-

ставе до угла 90° , угол разгибания 180° , незначительная деформация и боковые качательные движения, но с сохранением устойчивости конечности, умеренные боли после физической нагрузки, что, естественно, снижает работоспособность; неудовлетворительный — резкое ограничение движений в суставе, боли при ходьбе, неустойчивость коленного сустава, иногда исход в анкилоз; больные нетрудоспособны на прежней работе.

Ранние активные и пассивные движения в коленном суставе, а также «импульсная» гимнастика после оперативного лечения позволили добиться в 1-й группе у всех 70 пострадавших хороших результатов. Во 2-й группе у 16 человек был хороший, у 9 — удовлетворительный и у 1 — неудовлетворительный исход; в 3-й группе — у 14 — хороший, у 1 — удовлетворительный и у 1 — неудовлетворительный результат.

Срок восстановительного лечения больных 1-й группы был равен 1—1,5 мес, 2-й группы — 3—3,5 мес, 3-й группы — 6—8 мес.

Поступила 24 сентября 1980 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 615.366.15.617

Б. И. Парфенов, Н. И. Пушкарев, С. А. Шулепов (Белебей, БАССР). Об обратном переливании крови

В районной больнице с 1975 г. нами произведена реинфузия крови 22 больным, в том числе 11 с закрытой травмой живота, 4 с проникающим ранением живота, 4 с разрывом фаллопиевой трубы при внематочной беременности и 3 с разрывом яичника.

Для стабилизации аутокрови использовали 4% цитрат натрия из расчета 10 мл на 100 мл крови, раствор ЦОЛИПК-7Б из расчета 50 мл на 250 мл крови, гепарин из расчета 1000 ЕД на 500 мл крови. До или после стабилизации производили фильтрование через 6—8 слоев марли, обработанной физиологическим раствором поваренной соли. Количество крови при реинфузиях колебалось от 150 до 1500 мл. Осложнений не было.

За это же время произведена аутогемотрансфузия 103 прооперированным больным (44 мужчинам и 59 женщинам в возрасте от 21 года до 75 лет). 30 из них подверглись резекции желудка, 18 — холецистэктомии, 14 — струмэктомии, 13 — надвлагалищной ампутации матки, 7 — грыжесечению по поводу большой вентральной грыжи, 6 — металлоостеосинтезу при переломах костей и 15 — прочим вмешательствам.

За 3—7 дней до операции, при отсутствии противопоказаний по данным обследования в стационаре, у больных брали 200—400 мл крови; обычно пользовались одномоментной пластиковой системой и гомоконсервантом ЦОЛИПК-7Б; затем аутокровь помещали в холодильник и хранили ее при температуре плюс 4—6°. Ни у одного из больных после эксфузии крови ухудшения в предоперационном периоде не отмечено, 42 из них вливали кровезаменители. Заготовленную кровь переливали во время и после операции. Послеоперационный период у всех протекал гладко.

Таким образом, обратное переливание крови, не дав посттрансфузионных осложнений, позволило сэкономить более 40 л донорской крови.

УДК 616.33—006.86—06:616—005.1

Доц. Ю. А. Башков, Н. Н. Корякина, А. А. Кузнецов (Ижевск). Карциноид желудка, осложненный оккультным кровотечением

Карциноид, относящийся к группе гормонально-активных опухолей, не принадлежит к числу часто встречающихся новообразований желудка, поэтому каждое сообщение о нем представляет практический интерес. При осложнении его оккультным кровотечением он может явиться причиной непонятной на первый взгляд гипохромной анемии, а имеющийся карциноидный синдром создает еще большие диагностические затруднения. Вполне объяснимы и сомнения даже опытных патогистологов при определении гистогенетической принадлежности удаленной опухоли, ибо разнообразие и пестрота клеточной структуры карциноида ставят порой перед ними нелегкую задачу.

Мы наблюдали больную карциноидом желудка, когда все эти сомнения и диагностические препятствия, хотя со значительными затруднениями, были преодолены.

М., 24 лет, фельдшер сельского медицинского пункта, переведена в клинику госпитальной хирургии 11/XI 1973 г., из гематологического отделения больницы, где она