

Разбирая механизмы подобных комбинированных процессов, В. Р. Брайцев пишет не только о возможностях нейрогенного влияния патологически измененного желчного пузыря на пищевод, желудок и кишечник, но и об обратном их воздействии на желчный пузырь. Начинаясь с рефлекторных расстройств типа дискинезий желудка, кишечника и желчных путей, эти процессы могут осложниться воспалением хронического или острого характера.

Очевидно, рефлекторный патогенез имеют и «псевдоущемления», или «симптоматические» ущемления грыж, при которых странгуляция является ответом на какой-либо острый патологический процесс в брюшной полости. Из трех наших больных этой группы с ущемлением паховой грыжи у одного имелось прободение язвы желудка, у других были заворот тонкого кишечника и острый аппендицит. Характер экссудата в грыжевом мешке и брюшной полости, при полной жизнеспособности кишечных петель, помог диагностировать основное заболевание в ходе грыжесечения. Последующая срединная лапаротомия подтвердила этот диагноз.

#### ВЫВОДЫ:

1. Острые комбинированные заболевания органов брюшной полости встречаются в практике неотложной хирургии менее чем в 1% (около 0,7%). Значимость их для практической хирургии определяется трудностями дооперационной и операционной диагностики и особенностями хирургической тактики.

2. Более половины всех больных острой комбинированной патологией органов брюшной полости составляют больные острым аппендицитом в сочетании с другими острыми заболеваниями (воспаления придатков матки, механическая кишечная непроходимость, прободная язва желудка, патология Меккелева дивертикула).

3. Операция аппендэктомии при остром аппендиците требует обязательной ревизии придатков матки, соседних петель подвздошной кишки и, по возможности, области правого подреберья.

4. Патогенетическое обоснование острых комбинированных заболеваний брюшной полости следует искать в нервнорефлекторных взаимосвязях ее внутренних органов по типу патологических интероцептивных рефлексов.

5. Подобно хроническим синдромным заболеваниям внутренних органов, острая комбинированная патология брюшной полости является подтверждением правильности одного из принципиальных положений И. П. Павлова об организме как целостной физиологической системе в условиях нормы и патологии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев С. М. К вопросу об одновременном заболевании правой смещенной почкой и хроническим аппендицитом. Дисс., Казань, 1926.— 2. Бердников Б. В. Вест. хир., 1957, 7.— 3. Брейдо И. С. Вест. хир., 1951, 4.— 4. Брейдо И. С. Вест. хир., 1952, 4.— 5. Вайсфельд О. И. Вест. хир., 1952, 7.— 6. Ганелнна И. Е. Врач. дело, 1955, 7.— 7. Кияшев А. П. Клин. мед., 1958, 11.— 8. Маянская К. А. В кн.: Проблемы кортико-висцеральной патологии, изд. АМН СССР, 1952.— 9. Польшев С. С. О рефлекторных нарушениях функции внутренних органов. М., 1955.— 10. Рац А. М. В кн.: Неотложная хирургия органов брюшной полости, Киев, 1956.— 11. Рубашев С. М. Аппендицит в его влиянии на заболевания других органов брюшной полости, Минск, 1928.— 12. Терегулов А. Г. Казанский мед. журн., 1957, 1.— 13. Толпегина Т. Б. Казанский мед. журн., 1958, 5.— 14. Шамов В. Н. Вест. хир., 1953, 2.— 15. Adam E., Atanasiu A., Tomescu j. Ghirurgia, 1957, 2.

Поступила 25 апреля 1959 г.

## КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*В. С. Муругов*

Из травматологического отделения (зав.— В. С. Муругов) медико-санитарной части НПУ «Альметьевнефть» (главврач — Р. З. Бадретдинов)

При лечении переломов бедренной кости мы пользуемся методом, который, одновременно с репозицией отломков, обеспечивает и их надежную фиксацию. Эти два условия сочетаются при применении постоянного вытяжения.

Нужное положение конечности для лечения скелетным вытяжением мы осуществляем почти исключительно шиной-аппаратом проф. Л. И. Шу-

лутко, так как она обеспечивает создание любого угла сгибания в коленном и тазобедренном суставах, а также дает возможность изменить длину наклонной плоскости для бедра, в зависимости от роста больного. Кроме того, при применении этой шины не требуется дополнительной стойки с блоками, так как последние смонтированы на самом аппарате. Перемещение блоков обеспечивает тягу при любом осевом положении центрального отломка бедра. Лишь в двух случаях мы пользовались шинами Белера.

Как известно, при переломах больших трубчатых костей нарушается взаимодействие различных органов и систем в организме. Нарушаются кровообращение, регуляция вегетотрофического и биохимического статусов. Все это имеет значение для репарации и консолидации костей.

Учитывая данное обстоятельство, мы решили комбинировать лечение скелетным вытяжением с переливанием крови, внутривенным введением новокаина, а также с физиотерапевтическими воздействиями (кальций-ионофорез).

Скелетное вытяжение накладывалось по общепринятой методике в первые часы после поступления больного в стационар.

На второй день после наложения вытяжения начинали применять кальций-ионофорез (портативным переносным аппаратом), поперечно месту перелома. При этом металлические части аппарата Шулушко или шины Белера были вне электрического поля. Сеансы проводились ежедневно с 10 мА — 10 мин до 10 мА — 25 мин (в зависимости от того, как переносит больной). Применялся 2% раствор хлористого кальция на дистиллированной воде.

После снятия скелетного вытяжения дальнейшая фиксация осуществлялась в «кокситной» гипсовой повязке. Через 2—3 дня вырезалась часть гипсовой повязки на задней поверхности голени и производились движения в коленном суставе (Л. И. Шулушко). К этому же сроку больной ставился на костыли.

После снятия гипсовой повязки назначалась активная гимнастика коленного и тазобедренного суставов в комбинации с парафинотерапией.

Переливание одногруппной крови (75—100 мл) проводилось каждые 4—5 дней.

Новокаин вводился внутривенно через день, по 10 мл 0,5% раствора. Больные получали также аскорбиновую кислоту.

Интенсивность образования костной мозоли контролировалась по рентгенограммам перед снятием скелетного вытяжения и гипсовой повязки, проверялся объем движений в суставах поврежденной конечности.

Под нашим наблюдением находилось 12 больных. Все они лечились по поводу закрытого смещенного перелома бедренной кости на различных уровнях.

Приводим таблицу сроков иммобилизации конечности всех больных на различных этапах лечения (см. стр. 41).

Как видно из таблицы, предельный срок нахождения больного на скелетном вытяжении не превышал 20 дней, а время иммобилизации гипсовой повязкой было не свыше 40 дней.

На всех рентгенограммах к моменту снятия гипсовой повязки отмечалась хорошо выраженная костная мозоль.

Известно, что средний срок иммобилизации конечности при скелетном вытяжении у взрослых больных — 30 дней, а срок фиксации конечности «кокситной» гипсовой повязкой, в среднем, — 1,5—2 месяца. Следовательно, общие средние сроки иммобилизации конечности при закрытых переломах бедра у взрослого человека стоят в пределах не менее 2,5—3 месяцев.

Проводимое нами комплексное лечение закрытых переломов бед-

Фамилия боль- ного	Возраст	Число дней на вытяжении	Число дней в гипсовой повязке	Общий срок им- мобилизации конечности (в днях)
Ш.	24	17	30	47
С.	18	19	24	43
Г.	48	20	32	52
Ф.	33	20	29	49
Ф.	27	19	31	50
С.	58	20	38	58
М.	14	13	19	32
К.	29	19	29	48
И.	19	18	22	40
С.	45	20	40	60
К.	39	20	33	53
Ч.	40	20	31	51

ренной кости позволило значительно сократить сроки иммобилизации конечности, ввиду более быстрого образования костной мозоли. Во всех наблюдаемых нами случаях общий срок иммобилизации конечности не превышал 60 дней.

Поступила 1 ноября 1958 г.

## НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ДЛЯ МАТЕРИ И НОВОРОЖДЕННОГО

*Асс. Н. В. Ильина*

Из кафедры акушерства и гинекологии (зав.— проф. М. В. Дубнов)  
Оренбургского медицинского института

В данной работе мы поставили своей задачей изучить непосредственные и отдаленные результаты после операции кесарева сечения для матери и новорожденного. Нами разработан материал по двум клиническим базам Оренбурга за 5 лет (1950—1954 гг). Всего родов было 18845, кесаревых сечений произведено 190 (1,01%), из них 81 классическое и 109 в нижнем сегменте.

По данным Белоножкина (1956), представившего значительный обзорный материал, материнская смертность при кесаревом сечении колеблется в различные периоды в довольно широких пределах (9,5—1,3%). Эти колебания частоты находятся в зависимости от самых разнообразных факторов. К ним, прежде всего, должны быть отнесены показания к операции, выбор обезболивания и техника вмешательства.

Снижение летальности объясняется строгим выбором показаний, усовершенствованием техники операции, своевременностью ее производства, методом обезболивания, а также внедрением за последние годы в хирургическую практику антибиотиков, сульфаниламидных препаратов и переливания крови.

Среди наших наблюдений было два случая смерти (1,05%): в одном от кровотечения при предлежании плаценты, а в другом — от сердечной недостаточности при декомпенсированном пороке сердца.

Разбор наших наблюдений показал, что на первом месте среди показаний к кесареву сечению стоит узкий таз — 96 случаев (50,5%). В нашей клинике кесарево сечение, как правило, производится при узком тазе в нижнем сегменте с поперечным разрезом. Всего было 23 корпоральных и 73 операции в нижнем сегменте.

По поводу предлежания плаценты произведено 49 операций: по классическому методу 38, и 11 — в нижнем сегменте. 30 больных к