

нием боковых связок, и у 2 наложены шелковые швы через кость. В 11 случаях применен разрез Текстора, в 8 случаях вертикальный, по передней поверхности, и у остальных боковые, S-образные. После операции сустав фиксировался задней гипсовой лонгетой или циркулярной повязкой. Иногда нога укладывалась на функциональную шину Шулуто или Ланда в разогнутом положении.

При консервативном лечении у 28 больных в первые дни удалялась кровь с введением в полость сустава раствора пенициллина. При повторном накоплении жидкости производились новые пункции. 10 больным накладывались гипсовые повязки, и 29 лечились на функциональной шине, с легким липкопластырным вытяжением за голень, а после ликвидации гемартроза им назначалась лечебная физкультура.

Всего удалось осмотреть повторно 29 больных. Почти у каждого шестого из проверенных результат был неудовлетворительным. У всех отсутствовало костное сращение отломков. Причина, по-видимому, кроется в недостаточно тщательной адаптации отломков.

При контрольном осмотре больных обнаружено, что только у 5 не изменилась конфигурация коленного сустава. У остальных окружность сустава оказалась увеличенной от 1 до 3 см. У 22 чел. обнаружена атрофия мышц бедра на 1—2 см, а у 3, при отсутствии сращения отломков, даже на 3—4 см.

Ограничение движений в коленном суставе из числа повторно осматриваемых (помимо разобранных) отмечено еще у 10. В этой группе из 5 лечившихся консервативно двое отказались от операции, и отломки у них срослись неправильно. У одной больной с оскольчатым переломом и значительным смещением так же наступило неправильное сращение. Из оперированных у 3 пожилых людей имелся оскольчатый перелом. Одному из них произведено частичное удаление надколенника.

Ограничение движений в коленном суставе и медленное их восстановление после перелома надколенника мы объясняем накладыванием больным гипсовых повязок как при консервативном, так и при оперативном лечении. Этот вид иммобилизации задерживает раннее начало лечебной физкультуры. Лучший результат получается при лечении на функциональной шине с липкопластырным вытяжением.

Средняя продолжительность пребывания на койке у оперированных равнялась 30 дням, а при консервативном лечении 22. Средняя нетрудоспособность (среди работающих) при оперативном лечении выразилась в 83 дня. Инвалидность из этой группы больных через 1 год имел 1 человек и через 3 года — 1. При консервативном лечении среднее время нетрудоспособности равнялось 60 дням, инвалидов не было.

Л. Н. Молчанов и А. И. Громов (Казань). Апоплексия яичника при остром аппендиците

Дооперационная диагностика разрыва яичника представляет большие трудности. Чаще заболевание распознается при операции по поводу острого аппендицита, картину которого дает болевая форма разрыва яичника. При вскрытии брюшины, а иногда только при контроле на гемостаз, после аппендэктомии, находят поступление крови из малого таза, а дальнейшая ревизия позволяет обнаружить апоплексию. Реже, при анемической форме разрыва яичника, когда на передний план выступают симптомы внутрибрюшного кровотечения, больных оперируют с диагнозом внematочной беременности.

В клинике неотложной хирургии Казанского ГИДУВа за 2 года (1955—56) апоплексия яичника наблюдалась у 17 больных из 1529 аппендэктомий, проведенных у женщин, что составляет 1,1%. Все больные доставлены врачами скорой помощи с диагнозом «острый аппендицит» в сроки до 3 час.— 5 чел., до 6 час.— 3 чел., до 24 час.— 9 чел.

У 13 больных в клинике был диагностирован острый аппендицит, у двух — острый аппендицит и внematочная беременность, у одной — внematочная беременность и еще у одной — разрыв яичника.

Внезапное начало среди полного здоровья, боли постоянного характера с локализацией в правой подвздошной области, иногда иррадиирующие в поясницу, в промежность, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, наблюдались у большинства больных.

У 6 больных отмечалась бледность кожных покровов. АД было несколько пониженным (100/55; 90/60; 80/60). Живот был правильной формы, при пальпации в правой подвздошной области отмечалась резкая болезненность и незначительная ригидность, даже при левосторонних апоплексиях яичника. Симптом Шеткина — Блюмберга во всех случаях был выражен. Дисменорея имела у 4 больных, расстройство мочеиспускания — у 3, кровянистые выделения из влагалища — у одной больной. Изменений в моче не наблюдалось.

Нв в одном случае снизился до 50%, в остальных колебался от 75 до 90%. Лейкоцитоз от 9 000 до 15 000 отмечен у 9, у остальных — количество лейкоцитов колебалось от 5 000 до 9 000.

У 15 больных апоплексия яичника наступила в возрасте от 18 до 45 лет, то есть в менструальный период жизни, у одной — в доменструальном и у одной — в климактерическом периоде.

Все 17 больных оперированы. Сроки операции от начала заболевания: до 6 час.— у 5 чел., до 12 час.— у 4, до 24 час.— у 7. В 14 случаях применялся разрез Волкови-

ча — Дьяконова с последующим расширением вниз и влево. Дважды была применена нижне-срединная лапаротомия, и один раз — правый параректальный разрез. В большинстве случаев (у 12 больных) в брюшной полости имелось от 20—60 до 800—1500 мл крови. Производились аппендэктомия, ушивание и резекция яичника.

Яичники были увеличены в размерах и у 5 больных кистозно изменены. Разрыв левого яичника отмечен у 3 больных, правого — у 14.

Оварияльный кровотечение из разрыва кисты яичника наблюдалось у 5 больных, из фолликула — у 4, из желтого тела у 7. Причина кровотечения осталась невыясненной в одном случае.

Послеоперационный период протекал хорошо у 16 больных. Все они выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии на 10-й день. У одной больной с флегмонозным аппендицитом в послеоперационном периоде возникла спаечная кишечная непроходимость, потребовавшая повторного оперативного вмешательства.

Хирург, обнаруживший при операции по поводу острого аппендицита видимые патоморфологические изменения в отростке и одновременно наличие большего или меньшего количества крови, обязан произвести ревизию придатков матки после аппендэктомии. При малоизмененном или даже внешне не измененном отростке и апоплексии яичника необходимы ушивание яичника и аппендэктомия.

А. Я. Марков (Рязань). Опыт лечения гинекологических больных на грязевом курорте «Славянск»

Нами исследованы и разработаны истории болезни 701 гинекологического больного, лечившегося в 1954 г. в Славянске. Из них у 540 (I группа) были различные хронические воспалительные процессы женских половых органов и у 161 (II группа) первичное бесплодие, по преимуществу в связи с воспалительными процессами.

Среди больных I группы с давностью заболевания до двух лет было 14,5%; до трех лет — 12,2%; до 5 лет — 19% и свыше 5 лет — 54,3%.

Заболели в связи с родами 17,8%; после аборт — 25,6%.

Трихомоназ, бактериоскопически подтвержденный, выявлен в 25,7%.

До поступления на курорт «Славянск» лечились раньше на грязевых курортах около 26%.

Из больных II группы болели до 5 лет 45,7% и свыше 5 лет — 54,3%.

Трихомонадная инвазия выявлена в 21,2%.

Ранее лечились на грязевых курортах 25%.

Основные жалобы были на боли в низу живота, в пояснично-крестцовой области, на нарушение менструального цикла, выделения и бесплодие.

Грязелечение проводилось следующим способом: одновременно применялись грязевые 1/2 аппликации (аппликации на нижнюю половину тела — живот, поясницу, нижние конечности) или «трусы» с температурой грязи 39—42°, продолжительностью 1 час.

После аппликаций больные обмывались под душем (температура воды 36—37°). Из влагалища грязь удалялась спринцеванием рапой температурой 39—40°. Курс лечения — 12—14 процедур.

Нормальная по своему течению менструация не является противопоказанием для аппликаций.

Грязелечение проводилось чаще в сочетании с рапными или газовыми ваннами (кислородными, углекислыми) и физиотерапевтическими процедурами (вагинальной диатермией, ионофорезом и др.), сообразуясь с состоянием процесса в каждом отдельном случае. В необходимых случаях проводилась ЛФК. При сопутствующих экстрагенитальных заболеваниях (полиартриты, радикулиты и т. п.) применялись аппликации на область больного органа.

С клиническим улучшением выписалось после курортного лечения 81,9%; без изменений — 15,5% и в состоянии обострения — 2,6%.

Хорошие результаты получены в подгруппе послеоперационных спаечных процессов, здесь процент значительных улучшений, с объективными анатомическими изменениями, достигает 53,1%, что почти вдвое превышает результаты лечения в других подгруппах.

Бальнеореакция в первой группе (с хроническим воспалительным процессом гениталий) имела место в 7,4%. Она выражалась в усилении болей, выделений, небольшом повышении температуры и нерезком нарушении общего состояния.

Обычно это «полезное обострение» заканчивалось в 2—3 дня и дальнейшее лечение продолжалось по плану. Только изредка нужно было прибегать к антибиотикам или применять сульфаниламиды.

При первичном бесплодии, в связи с гипоплазией половой сферы улучшение наблюдалось у 13% и у 87% изменений не было.

При первичном бесплодии в сочетании с хроническими воспалительными процессами гениталий улучшение отмечено у 66,6%, обострение — у 1,8% и без изменений осталось у 31,6%.

Отдаленные результаты курортного лечения удалось проверить у 49 больных через 10 месяцев — 1 год 10 месяцев. Среди страдавших бесплодием у 8 наступила беременность. После лечения 18 женщин считают себя здоровыми; у 22 — нормализовались менструации.