

Удаление конструкции осуществляется при таком же положении конечности и самого больного.

УДК 617.58—007.29—089.8

А. В. Барский, Н. П. Семенов (Куйбышев). Опыт лечения посттравматических деформаций трубчатых костей нижних конечностей

Авторы наблюдали 189 больных (мужчин — 152, женщин — 37) в возрасте от 3 до 74 лет. У 62 пациентов были ложные суставы, у 20 — дефекты костей, у 76 — несросшиеся переломы, у 31 — неправильно сросшиеся переломы. У 62 больных указанная патология развилась после огнестрельных и открытых переломов, у 127 — после закрытых переломов.

Преимущественные причины развившейся патологии: недостаточная иммобилизация костных отломков (у 34), перерастяжение отломков при скелетном вытяжении (у 10), преждевременная нагрузка конечности (у 12), интерпозиция мягких тканей (у 14), обширные повреждения мягких тканей (у 6), нерациональный подбор металлических конструкций (у 10), перелом металлического стержня (у 7), инфекция — хронический остеомиелит (у 10). У остальных 86 больных основной причиной несрастания переломов явилось отсутствие общей стимулирующей терапии.

При оперативном лечении ложных суставов, дефектов костей и несросшихся переломов у 72 больных мы применили внутрикостный остеосинтез металлическим стержнем в сочетании с костной аутопластикой, а у 19 больных с неправильно сросшимися переломами после экономного освежения отломков и их сопоставления произвели остеосинтез металлическим стержнем без костной аутопластики.

Из этих двух групп больных у 13 лиц сращения костей не наступило, и они были подвергнуты повторному оперативному вмешательству. Неудачи были связаны не только со снижением регенеративных способностей склерозированных тканей, но и с тем, что внутрикостный остеосинтез не всегда обеспечивает плотный контакт костных фрагментов.

С 1966 г. мы используем различные металлические компрессирующие конструкции, позволяющие добиться одновременно плотного контакта и полной неподвижности костных отломков.

У 7 больных с псевдоартрозами и несросшимися переломами костей голени был применен внутрикостный остеосинтез металлическим стержнем в сочетании с внеочаговой компрессией аппаратом Г. А. Илизарова, а у 5 — без внутрикостной фиксации. Сращение не наступило только у одного больного.

У 45 больных с ложными суставами и несросшимися переломами бедра использован погружной компрессирующий фиксатор, представляющий собой видоизмененный фиксатор В. И. Филипина с анкерным устройством. Сращение перелома было отмечено у всех больных.

При лечении 24 пациентов с ложными суставами голени была выполнена костная аутопластика с последующим наложением гипсовой повязки. У 5 лиц сращения не последовало, и в дальнейшем они были подвергнуты повторному оперативному вмешательству с применением внеочагового компрессионного остеосинтеза.

Из ранних послеоперационных осложнений у 9 больных развилось воспаление мягких тканей, излеченное местным введением антибиотиков. У 17 пациентов обострился хронический остеомиелит, что потребовало внутриarterиальной инфузии антибиотиков. В результате у 12 лиц воспалительный процесс был купирован.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 мес до 6 лет у 157 больных. Отличный функциональный результат был получен у 67 больных, хороший — у 54, удовлетворительный — у 21, плохой — у 15. Опыт оперативного лечения посттравматических деформаций костей голени и бедра позволяет рекомендовать сочетание костной аутопластики с применением внутрикостных, боковых или внеочаговых компрессирующих конструкций.

УДК 618.39—089.888.14—02:616.43/.45

Г. А. Гатина, Л. П. Бакулева, Т. И. Кузьмина (Москва). Влияние искусственного аборта на нейроэндокринную систему женщины

Целью исследования являлось изучение влияния искусственного прерывания беременности в I триместре на нейроэндокринную систему женщины.

Под наблюдением в течение 3—9 месяцев находились 67 женщин после искусственного прерывания беременности в I триместре. В процессе наблюдения измеряли АД и частоту пульса в динамике; проводили клинические анализы крови, мочи и вегетативные пробы; определяли гирсустоное число Голлвея — Ферримана, морфограммы и обследовали по тестам функциональной диагностики.

При общеклиническом обследовании у всех женщин патологии не обнаружено. У 51 из 67 женщин выявлены нейроэндокринные сдвиги, которые подразделялись на эмоционально-вегетативные изменения, расстройство мотивации (анорексия, булимия, жажда, повышение или понижение либидо), вегетососудистые расстройства с дисфункцией кардиоваскулярной системы, вегетососудистые расстройства с дисфункцией желудочно-кишечного тракта, вегетососудистые расстройства с нарушением терморегуляции, аллергические проявления, обменно-эндокринные расстройства. Данные сдвиги существовали до аборта и оставались без изменения после него у 20 из 51 женщины, возникли впервые после перенесенной

операции — у 19, усугубились — у 12. Нейроэндокринные расстройства одного вида имели место у 10 женщин, двух видов — у 14, трех — у 11, четырех — у 8, пяти — у 7, шести — у одной. Наиболее частыми среди них являлись эмоционально-вегетативные нарушения, расстройство мотивации, вегетососудистые изменения с дисфункцией кардиоваскулярной системы и желудочно-кишечного тракта. У каждой третьей больной эти симптомы возникали в основном в менструальном периоде.

При изучении состояния вегетативной нервной системы у 67 больных, обследованных с помощью вегетативных проб (Даньини — Ашнера, холодовой, ортостатической), было выявлено понижение вегетативной реактивности.

При определении гирсутного числа Голлвея — Ферримана у 67 женщин его нормальные значения были зарегистрированы у 24 (35,8%), пограничные — у 30 (44,8%), увеличенные — у 13 (19,4%). У 7 женщин (из них у 3 с нормальными значениями гирсутного числа) отмечено усиление роста волос на теле.

Менструальная функция до искусственного прерывания беременности у 67 женщин была следующей: у 9 — нормопонижающего типа, у 3 — постпонижающего, у 9 — антипонижающего, у 9 — нерегулярного. Несвоевременное наступление первой менструации после операции установлено у 34 женщин. Характер менструации был изменен у 33 женщин: у 10 была олигоменорея, у 17 — гиперполименорея, у 6 — альгодисменорея. У подавляющего числа женщин (28) указанные нарушения сохранялись в течение первых 3 мес после аборта с последующей клинической нормализацией менструального цикла. Однако у 5 женщин имело место стойкое изменение менструального цикла с нормопонижающим на постпонижающий тип. Дисфункциональные маточные кровотечения были диагностированы у 2 женщин. По функциональным тестам была обнаружена дисфункция яичников у всех женщин: у 7 — ановуляция с гипофункцией яичников, у 60 — недостаточность 2-й фазы.

Таким образом, появление и усиление нейроэндокринных нарушений после искусственного прерывания беременности в I триместре, расстройство гормональной функции яичников, усиление андрогенных влияний могут свидетельствовать о функциональных изменениях в гипоталамусе и лимбико-ретикулярном комплексе.

УДК 616.5 — 006.81 — 003.972:616.3 — 072

Ф. П. Корженский (Саратов). Эндоскопическая диагностика метастазов меланомы в органы брюшной полости

Меланома составляет 1—3% всех злокачественных новообразований. Эта сравнительно редкая опухоль относится к числу самых неблагоприятно протекающих опухолевых заболеваний человека из-за своей чрезвычайно высокой способности к метастазированию. Метастазы распространяются преимущественно гематогенным путем и нередко поражают органы брюшной полости. Как правило, метастазы при жизни больного остаются нераспознанными, а иногда трактуются ошибочно.

В литературе имеются единичные сообщения о прижизненной диагностике метастазов меланомы в органы брюшной полости, верифицированных при эндоскопическом и морфологическом исследовании. Одной из причин запоздалой диагностики является бессимптомное течение метастатического процесса.

В 1984 г. у 2 больных при эндоскопическом исследовании были обнаружены метастазы меланомы в органы брюшной полости.

П., 54 лет, тракторист, поступил в клинику 22.03.84 г. с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, похудание, выраженную слабость. Указанные симптомы появились 2 мес назад.

В анамнезе отмечен контакт с горюче-смазочными материалами в течение тридцати лет. Два года назад получил курс лучевой терапии по поводу меланомы левой окuloушной области. В момент осмотра на этом месте имеется вытянутый депигментированный участок кожи диаметром 2 см, в его центре — участок коричневатого цвета. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены.

В эпигастрии — плотная бугристая подвижная опухоль диаметром до 8 см. В крови — НЬ — 1,4 ммоль/л, эр. — $3,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, л. — $10,2 \cdot 10^9$ в 1 л, лимф. — 29%.

На термограмме зарегистрирован очаг гипертермии в эпигастральной области. Гастро-графически определяется гипокинетический тип кривой с резко выраженным нарушением ритма. Рентгенологически в области угла желудка на малой кривизне обнаружена изъязвленная опухоль. При гастроскопии на большой кривизне желудка на расстоянии 11 см от пищевода видна чашеобразная опухоль диаметром 10 см. При цитологическом исследовании биоптата, взятого с края опухоли, найдены клетки цилиндрического эпителия, местами с пролиферацией и жировой дистрофией, обкладочные клетки и лейкоциты в большом количестве.

03.04.84 г. произведена лапароскопия. На большой кривизне тела желудка выявлена крупнобугристая плотная опухоль синевато-коричневого цвета диаметром 10 см. С опухолью спаяна прядь большого сальника.

Заключение: метастаз меланомы околоушной области в желудок. 11.04.84 г. большой прооперирован (В. В. Михин). Желудок подвижен и легко выводится в рану. В желудке — опухоль (12 × 12 см). В толще большого сальника рядом с опухолью — плотные увеличенные лимфоузлы синевато-коричневого цвета диаметром 0,5—1,0 см. При интраоперационном цитологическом исследовании пунктата из опухоли желудка и лимфатических узлов