

**Е. В. Лушников, Н. А. Коваленко, Ф. Ф. Хафизов, М. П. Прасолов (Брежнев). Раннее восстановительное лечение пострадавших с закрытыми диафизарными переломами костей голени**

Эффективность системы раннего восстановительного лечения определяли по его результатам у 229 пострадавших с закрытыми диафизарными переломами костей голени, находившихся в стационаре с 1983 по 1985 г.

Больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу были включены 142 пострадавших, леченных общепринятыми методами: 74 — консервативно (скелетным вытяжением с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой); 25 больным произведен погружной металлоостеосинтез (пластинами, шурупами); 43 больным после неудачной попытки консервативного лечения выполнен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова в сроки от 3—4 нед до 2,5—3 мес с момента травмы. Раннее функциональное лечение больных этой группы было затруднено из-за вынужденного положения больных, а также из-за гипсовых повязок, фиксирующих смежные суставы.

Во 2-ю группу вошли 87 больных, прошедших раннее комплексное восстановительное лечение. Им был осуществлен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова в первые 10 дней с момента травмы. Дозированная нагрузка на поврежденную конечность давалась с первого дня после остеосинтеза большеберцовой кости аппаратом Илизарова. С целью снятия болей и отеков в этом периоде пострадавшим назначали физиотерапию: УВЧ, электрофорез хлористого кальция, ультразвук, лечебную физкультуру.

В дальнейшем восстановительное лечение больных с диафизарными переломами костей голени проводили по нашим рекомендациям в физиотерапевтических отделениях и кабинетах городских поликлиник, а также в городском врачебно-физкультурном диспансере. Максимального восстановления силы мышц и подвижности суставов добивались с помощью парафиновых аппликаций, электрофореза новокаина, фонофореза гидрокортизона, массажа поврежденной конечности. Завершалось лечение занятиями лечебной физкультуры под руководством методистов.

Лица, профессия которых была связана с тяжелым физическим трудом, длительным пребыванием на ногах, работой на высоте и т. д., трудоустроивались через ВКК поликлиник с целью восстановления утраченных профессиональных навыков. Трудовая реабилитация начиналась при удовлетворительном состоянии пострадавших. Качество сращения отломков и степень восстановления функции поврежденной конечности определялись клинически и рентгенологическими методами.

Длительность пребывания в стационаре больных 2-й группы оказалась меньше на 14—34 дня, чем в 1-й группе, срок нетрудоспособности — в среднем на 36—52 дня. Ни одному больному 2-й группы не было установлено инвалидности. Нагноение мягких тканей вокруг спиц было выявлено у 17 больных этой группы. Воспалительный процесс был купирован обкалыванием антибиотиками. Подобные осложнения не сказались существенно на длительности пребывания в стационаре и на сроках нетрудоспособности пострадавших.

Следовательно, комплексное восстановительное лечение в сочетании с ранним чрескостным остеосинтезом в условиях больницы скорой медицинской помощи является наиболее рациональным методом лечения больных с переломом костей голени. Чрескостный остеосинтез исключает необходимость сложных оперативных вмешательств при диафизарных переломах костей голени и создает возможность осуществлять комплекс медицинской реабилитации с первых дней острого периода травматической болезни. При этом существенно сокращаются время пребывания больного в стационаре и сроки нетрудоспособности, что дает в конечном итоге значительный экономический эффект.

УДК 616.5—006.5—053.2—085.832.97

**А. А. Мустафин, Ю. И. Фатыхов, Н. А. Попков, Г. А. Тулянкина (Казань). Опыт лечения доброкачественных новообразований кожи у детей криовоздействием**

Наиболее распространенным способом лечения доброкачественных новообразований кожных покровов у детей является хирургический, но наряду с ним успешно развиваются и другие (склерозирующий, электрокоагуляционный, криогенный, радиационный, гормональный, лазерный). Среди них простотой, доступностью, экономичностью, безопасностью, высокой эффективностью отличается криогенный метод, причем его возможности значительно возросли в связи с использованием в качестве хладагента жидкого азота (—196° С) и созданием специальных аппаратов.

Криодеструкция доброкачественных новообразований кожных покровов у детей применяется в нашей клинике с 1982 г. Лечение было проведено 396 больным в возрасте от 3 нед до 14 лет. Девочек было 241, мальчиков — 155. До одного мес было 6 больных, от одного мес до одного года — 298, от одного года до 3 лет — 57, 3—7 лет — 23, 7—14 лет — 12. Криовоздействию было подвергнуто 478 гемангиом и 34 новообразования кожи (папилломы — 13, бородавки — 21). Размеры гемангиом колебались от точечных до 130 см<sup>2</sup>. Значительная часть опухолей (27,5%) располагалась на участках сложных анатомических и функциональных локализаций — на лице, кистях и стопах, промежности.

Криодеструкцию проводили контактным способом с помощью аппарата, разработанного сотрудниками кафедры детской хирургии 2-го МОЛГМИ имени Н. И. Пирогова. Аппарат представляет собой цилиндрический резервуар, изолированный снаружи пенопластом. В дно резервуара впаяна канюля с медным стержнем и резьбовым отверстием, куда ввинчиваются круглые медные диски-криоапликаторы диаметром от 4 до 25 мм. Резервуар заполняется жидким азотом; аппликатор закрепляется на кожной поверхности, превышающей площадь опухоли. Через 1—2 мин аппликатор покрывается равномерным слоем инея, что служит показателем готовности к работе. Криодеструкция проводится путем тесного соприкосновения аппликатора с поверхностью опухоли.

Продолжительность криовоздействия на кожные образования (папилломы, бородавки) составляет 60—120 с, на гемангиомы кожи — 20—40 с, на гемангиомы слизистых оболочек — 7—15 с. После прекращения криодеструкции в зоне воздействия образуется ледяная площадка с восстановлением исходного вида через 1—2 мин. Через 2—5 ч на этом месте появляются пузырь с серозно-геморрагическим содержимым, возникает перифокальная инфльтрация, иногда с гиперемией кожи. Наибольшая выраженность отека отмечается после криодеструкции гемангиом слизистых оболочек. В течение 3—5 сут происходит формирование струпа с последующим отторжением его спустя 2—4 нед. Рубец первоначально розового цвета постепенно бледнеет и через 4—5 мес становится плоским и незаметным.

Для предотвращения спонтанного разрыва пузыря рекомендуем обрабатывать его в течение 4—5 сут 1% раствором перманганата калия до формирования твердого струпа, а в последующем смазывать струп синтомициновой эмульсией или индифферентной мазью.

У подавляющего большинства больных криодеструкцию проводили амбулаторно и только при локализации гемангиомы на слизистой ротовой полости — в стационаре под наркозом.

При первичном криовоздействии промораживанию подвергали участки площадью 5—7 см<sup>2</sup>. При большей величине гемангиомы криодеструкцию осуществляли от периферии к центру с интервалом 3—4 нед между повторными сеансами.

В результате лечения у 90,6% больных наступило выздоровление. Неблагоприятные результаты относились преимущественно ко времени освоения метода и отчасти были обусловлены ошибочным определением показаний для криодеструкции. В двух наблюдениях возникло нагноение образовавшихся ран. Консервативное лечение привело к выздоровлению с формированием более грубых рубцов.

Недостаточная эффективность лечения в наших наблюдениях (9,37%) была выявлена при кавернозных и смешанных гемангиомах, при которых регрессии подвергались только поверхностные элементы, но даже в этих случаях происходила частичная регрессия или приостановка роста сохранившейся части гемангиомы.

Несомненным достоинством криогенного метода лечения является возможность его осуществления в амбулаторных условиях. Если учесть, что хирургический метод требует обязательного пребывания больного в стационаре в среднем до 8 дней, то криовоздействие, несомненно, более эффективно и экономично.

УДК 611—018.4:616.71—007.234:618.2/7

### Ф. А. Мифтахова, Е. Р. Осипова, Д. П. Игнатъева (Казань). Поздний несовершенный остеогенез в акушерско-гинекологической практике

Несовершенный остеогенез (болезнь Лобштейна, болезнь Вролика и др.) — наследственное заболевание, которое передается как по аутосомно-доминантному, так и аутосомно-рецессивному типу и характеризуется нарушением костеобразования. Заболевание проявляется клинически голубым цветом склер, изменением цвета зубной эмали («янтарные» зубы), разболтанностью в суставах, атрофией мышц и повышенной ломкостью костей. При этом заболевании преимущественно наблюдаются поднадкостничные переломы с небольшой местной болезненностью и припухлостью. Они могут быть полными и неполными, часто непропорционально коротких рук и ног при нормальных размерах головы, туловища, стоп. Фаланги пальцев при этом никогда не ломаются. Характерна конфигурация черепа — широкий лоб выпячен вперед и круто поднят вверх, височные кости нависают над слуховыми проходами; уши оттопырены книзу и кнаружи.

Изменения внутренних органов, центральной нервной и эндокринной систем считаются нетипичными. Описаны казуистические случаи гипергенитализма, раннего полового созревания и гипертрихоза. Диагноз основывается на результатах рентгенологических исследований костного скелета.

Мы наблюдали трех больных, страдающих несовершенным поздним остеогенезом.

Ш., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение для прерывания беременности по медицинским показаниям путем кесарева сечения. Срок беременности — 17 нед. Не замужем. Показаниями для прерывания беременности служили деформация и абсолютное сужение таза, нарастающая дыхательная недостаточность вследствие давления растущей матки на диафрагму.

Половая жизнь с 20 лет. Повышено либидо. Менструальная функция не нарушена. Сделано абдоминальное корпоральное кесарево сечение со стерилизацией путем иссечения интерстициальных отделов труб. Послеоперационных осложнений не было.