

лезодефицитная анемия. Хронический бронхит с бронхоэктазами и легочным кровотечением (узелковый периартериит?).

Патологоанатомический диагноз: быстро прогрессирующий гломерулонефрит с кровохарканьем (синдром Гудпасчера). Множественные интраальвеолярные кровоизлияния. Уремия. Отек легких. Серозный перикардит. Аллергический миокардит. Асцит. Отек головного мозга и его оболочек. Дистрофия паренхиматозных органов. Хронический бронхит.

Таким образом, у больной синдром Гудпасчера протекал с аллергическим миокардитом.

УДК 616.727.2—031.63—002—08:577.175.535+616—089.583.29

### И. С. Ильинский, В. И. Бекмачев (Ижевск). Лечение плече-лопаточного периартрита гидрокортизоном в сочетании с гипотермией в амбулаторных условиях

Плече-лопаточный периартрит возникает как реактивный воспалительный процесс после травмы или на почве первичного воспаления сумки сустава. Лечение этого заболевания является трудной задачей. Консервативные методы не всегда эффективны, а оперативные широкого распространения не получили. Некоторые авторы добились успеха, применив инъекции гидрокортизона.

Мы включили гидрокортизон в комплексное лечение больных с плече-лопаточным периартритом. В проекции большого бугра плечевой кости в точку наибольшей болезненности вводили в мягкие ткани плеча 25—40 мг гидрокортизона в 10—15 мл 1% раствора новокаина и на этот участок накладывали асептическую повязку, а руку фиксировали на 1—2 дня косыночной повязкой. Рекомендовали дома в течение 2 суток прикладывать к месту инъекции на 40 мин 2 раза в день пузырь со льдом и принимать антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), аскорбиновую кислоту.

Новокаиновый раствор гидрокортизона вводили в утренние часы в условиях операционной хирургического кабинета при строгом соблюдении асептики. Курс лечения составлял 2—3 инъекции с интервалом в 3—5 дней.

Под нашим наблюдением за 1980—1984 гг. находились 103 пациента с плече-лопаточным периартритом. Мужчин было 56 (54,4%), женщин — 47 (45,6%). Боли в правой руке были у 65 (63,1%) человек, в левой — у 38 (36,9%). У 2 больных наблюдался двусторонний плече-лопаточный периартрит, у 4 заболевание сочеталось с эпикондилитом, у 18 периартрит был травматического происхождения.

У 84 (81,5%) больных заболевание длилось 2—3 нед, у 19 (18,5%) — свыше 3 нед. Примененные до обращения к нам консервативные методы лечения оказались мало эффективными.

В первые часы после первой инъекции гидрокортизона больные жаловались на усиление болей в плечевом суставе, которые затем постепенно стихали. Последующие инъекции протекали безболезненно. В результате лечения объем движений в плечевом суставе увеличивался, боли исчезали на 5—7-й день после первой блокады, функция верхней конечности восстанавливалась, и наступало выздоровление больных.

Срок лечения составил в среднем 8,2 дня. Ближайшие результаты лечения гидрокортизоном оценены как хорошие у 91 (88,3%), удовлетворительные — у 7 (6,8%). Улучшения не было отмечено у 5 (5,9%) больных, к которым в последующем были применены другие методы лечения.

Изучены исходы лечения в сроки от 6 мес до 5 лет. У 95 (92,2%) больных наблюдались хорошие результаты, у 4 (3,9%) — удовлетворительные, рецидив заболевания возник у 4 (3,9%). Этим больным был проведен повторный курс лечения гидрокортизоном с благоприятным исходом. Осложнений не было. При выписке на работу больным был рекомендован легкий физический труд сроком на 2—4 недели.

Контрольную группу составили 127 больных, которых лечили обычными методами, в основном физиотерапевтическими. К концу курса боли прекращались в основном на 10—12-й день. Средний срок лечения составил 12,4 дня. Функция сустава восстанавливалась у 84 (66,1%), улучшение наступило у 33 (26%), эффекта не было у 10 (7,9%); рецидивы отмечены у 15 (11,8%) человек.

Таким образом, предложенный нами способ лечения имеет преимущества перед другими методами и дает в амбулаторных условиях более выраженный терапевтический эффект.

УДК 617.584—001—089.8

### Н. А. Коваленко (Брежнев, ТАССР). Совершенствование лечения диафизарных переломов костей голени

В больнице скорой медицинской помощи с 1984 г. для лечения больных с диафизарными переломами костей голени используем модификацию компрессионно-дистракционного остеосинтеза, заключающуюся в следующем. Под местной внутритканевой анестезией через каждый отломок большеберцовой кости во фронтальной плоскости перпендикулярно оси голени проводим по две спицы. Те спицы, что проходят ближе к плоскости излома, имеют упорную площадку. Расположение упоров соответствует характеру смещения отломков во фронтальной плоскости. При отсутствии спиц с упорами можно воспользоваться спицами, предваритель-