

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

Патологоанатомический диагноз: быстропрогрессирующий 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 внутрикостной 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-

но завязанными узлом на кольце аппарата Илизарова с помощью спиценонагивателя. Спицы максимально (в пределах длины отломка) удалены друг от друга. Их фиксируем и натягиваем в полукольцах аппарата Илизарова специальными винтами с продольно расположенным каналом в центре для спицы или приспособленным спиценонагивателем от аппарата Гудушаури, Волкова — Оганесяна. Для репозиции отломков в сагиттальной плоскости используем кронштейны со штангами, расположенными перпендикулярно оси голени, позволяющие смещать отломки относительно друг друга.

Применяемые нами двухмиллиметровые спицы при относительно небольшой длине (размер полуколец — 110—120 мм) свободно выдерживают осевую нагрузку и предотвращают смещение отломков по длине при косых, винтообразных и оскольчатых переломах. Достаточным условием, препятствующим смещению отломков в сагиттальной плоскости, является максимальное расстояние между спицами в пределах длины отломка при периодической поддержке напряжения спиц путем дозированного удаления или сближения крайних полуколец аппарата на штангах. Упоры на центральных спицах предохраняют отломки от смещения во фронтальной плоскости.

Описанным методом выполнен остеосинтез 16 взрослым больным с закрытыми диафизарными переломами костей голени. Дозированную нагрузку на поврежденную конечность начинали с первых суток с момента остеосинтеза, полную нагрузку разрешали через 4—6 нед с момента операции. Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила 25 дней. Средние сроки иммобилизации в аппарате с момента травмы — 88 дней, средняя продолжительность лечения до восстановления функции конечности у неработающих — 108 дней.

Нагноение мягких тканей вокруг спиц было отмечено у 2 больных: воспалительный процесс купирован обкалыванием мягких тканей растворами антибиотиков.

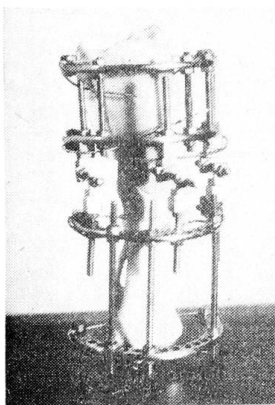
Приводим клинический пример.

М., 31 г., поступила в больницу скорой медицинской помощи с жалобами на боли, нарушение опорной функции правой нижней конечности. За час до поступления упала на правую голень. Общее состояние удовлетворительное. В нижней трети правой голени определяется патологическая деформация. На рентгенограмме — винтообразный перелом обеих костей правой голени в нижней трети со смещением отломков.

На следующий день после травмы под внутрикостной анестезией 0,5% раствором новокаина (100 мл) произведен по нашей методике чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации (см. рис.).

Дозированную нагрузку на правую голень осуществляли с первых дней после операции. Больная находилась в стационаре 21 день. Полная нагрузка в аппарате на правую голень была разрешена через 6 нед после остеосинтеза. Аппарат снят через 85 дней. Трудоспособность восстановлена через 102 дня: ходит с полной нагрузкой на правую голень, движения во всех суставах конечности в полном объеме.

Предложенный метод остеосинтеза костей голени технически прост, малотравматичен, не требует сложных методов обезболивания и длительной предоперационной подготовки, а ранняя репозиция отломков с их последующей стабильной фиксацией создает благоприятные условия для консолидации переломов.



УДК 618.318

#### Ф. М. Сабилов (Казань). Доношенная брюшная беременность.

Приводим случай брюшной беременности, представляющий практический интерес.

Ч., 33 лет, поступила в клинику 29.10.84 г. В 1979 г. перенесла аппендэктомию и тубэктомии по поводу внематочной беременности справа.

Менструации с 17 лет, через 4 нед по 7 дней. Половая жизнь с 22 лет. Были два самопроизвольных аборта и внематочная беременность. Последняя менструация отмечена 21.01.84 г. Госпитализирована во 2-й роддом 26.10.84 г.

При поступлении состояние тяжелое. Жалобы на общую слабость. После приема пищи — тошнота, рвота. Периодически кашель с кровавой мокротой. Боли в эпигастральной области. Шевеления плода не чувствует уже в течение 7—10 дней. Бросается в глаза кахексия. До беременности масса тела была 57 кг, при поступлении в стационар — 47 кг. Кожа и видимые слизистые бледные. Дыхание учащенное. Пульс среднего наполнения — 110—120 уд. в 1 мин, ритмичный. Температура — 36,8°, АД — 18,6/10,8 кПа. Живот овоидной формы, напряжен. Создается впечатление, что в брюшной полости имеется свободная жидкость. Контуры матки четко не определяются. Над лоном пальпируется плотное образование величиной с голову новорожденного. Другие плотные образования выше пупка не имеют отчетливых границ; их точные размеры установить не удалось. Плод мертвый.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка полуконической формы, наружный зев закрыт, контуры матки не выявляются из-за напряжения передней брюшной стенки. Диагноз: беременность 39—40 нед. Внутриутробная смерть плода. Хорионэпителио-