

РЕФЕРАТЫ

Асп. Р. Х. Бурнашева (Казань). Гипертония среди онкологических больных

Обследовано 1007 онкологических больных. Максимальное артериальное давление оказалось повышенным у 42 человек (4,2%); из них до 180 мм — у 20 и свыше 180 — у 22. Мужчин было 15, женщин — 27.

Наибольший процент лиц с повышенным артериальным давлением (6,48%) наблюдался среди женщин с раковым поражением матки и яичников. Из 42 человек 41 были старше 40 лет и одна женщина — до 40 лет.

Частота гипертонии по возрастным группам среди наблюдавшихся онкологических больных представляется в следующем виде:

Возраст	20—30	31—40	41—50	51—60	> 60	
Всего больных	102	150	256	320	179	1007
Гипертоников	0	1 0,66%	8 3,12%	20 6,25%	13 7,29%	42 4,2%
Процент гипертоников среди других лиц (по Мясникову)	1,2	3,1	8,8	26,2		

При прогрессировании злокачественных опухолей повышенное артериальное давление постепенно снижалось.

Н. С. Футорный (Вязьма). Об операциях при кишечных узлообразованиях

На 440 больных с различными видами острой кишечной непроходимости узлообразование наблюдалось у 10 больных.

Из них шоковое состояние имело место у 10, постоянные боли в животе — у 9, отсутствие стула и газов — у 9, симптом Щеткина — Блюмберга — у 6, наличие жидкости в брюшной полости — у 3. В начале заболевания определяется резкое напряжение передней брюшной стенки, которое постепенно с углублением шокового состояния и интоксикации уменьшается.

Двое больных из-за крайне тяжелого состояния не были оперированы и погибли в течение двух часов после поступления в больницу.

Пока готовится операционная, особенно в условиях районных больниц, больному необходимо ввести как можно больше жидкости, лучше — плазмы, в сочетании с большими дозами наркотиков. С успехом применялось введение раствора глюкозы и спирта внутривенно.

Применялись следующие виды обезболивания: ингаляционный эфирный наркоз у двух больных, эфирный наркоз в сочетании с инфльтрацией раствором новокаина — у 4, внутривенный гексеналовый наркоз у одного, и местная новокаиновая анестезия — у 1.

Узлообразование между подвздошной и сигмовидной кишкой наблюдалось 7 раз, узлообразование между слепой, тонкой кишкой и меккеле-

вым дивертикулом — 1 раз, узлообразование тонкого кишечника — 1 раз, тонкого кишечника и дивертикула — 1 раз. Высокое омертвление тонкого кишечника наблюдалось 1 раз, омертвление подвздошной кишки — 3 раза, омертвление подвздошной и сигмовидной кишок — 2, омертвление дивертикула — 2 раза.

Высокая резекция петель тонкого кишечника была проведена у 1 больного, резекция тонкого кишечника и сигмы — у 1, резекция тонкого кишечника с выведением в рану сигмы — у 1, резекция подвздошной кишки — у 3, удаление дивертикула — у 2.

Из 8 оперированных больных 5 выздоровело и 3 умерло (2 от послеоперационного шока и 1 от разлитого перитонита на почве несостоятельности кишечного анастомоза).

Н. С. Мазченко (Ташкент). К казуистике инородных тел желудка

Мужчина 23 лет после семейной ссоры 31 июля проглотил часть вальной металлической ручки. Загнутый конец этой ручки он обмотал тряпочкой и завязал ниткой, другой конец которой закрепил за коренной зуб; он надеялся в дальнейшем извлечь проглоченный предмет за эту нитку, но она оборвалась. Появившиеся постоянные ноющие боли в эпигастральной области, иногда приступообразно усиливающиеся, заставили его обратиться за медицинской помощью. Рентгеноскопия легко выявила в желудке металлическое тело.

18 сентября оперативным путем инородное тело было удалено из желудка. Это был металлический прут длиной 24 см, диаметром 4 мм с одним концом, изогнутым в виде крючка и обмотанным лоскутом материи, закрепленным ниткой.

Сообщается также о двух наблюдениях, когда при поступлении в стационар у больных рентгенологически определялись инородные тела почти таких же размеров, как и описанное. От операции больные отказались, и при повторной, через 2 дня после первой, рентгеноскопии указанные предметы уже не определялись.

Ф. И. Вольтер и Л. С. Тябина (Казань). О гемангиомах позвоночника

Гемангиома позвонков происходит из сосудов костного мозга, которые разрастаются и расширяются. Она приводит к разрушению костной ткани позвонка и рассасыванию ее.

Одновременно с рассасыванием костной ткани происходит и компенсаторное утолщение оставшихся костных балочек, почему на рентгенограмме позвоночника видны вертикально идущие, а подчас и единичные, горизонтальные грубые колонки и трабекулы, обычно очень толстые близ краев. Трабекулы образуют как бы колонны, поддерживающие позвонок и предохраняющие его от оседания и сдавления спинного мозга. Изменяется форма тела позвонка, он становится как бы раздутым и приобретает вид бочонка.

Гемангиома поражает чаще всего грудные и поясничные позвонки, захватывает 1—2 позвонка, реже больше, чаще встречается у людей пожилого возраста.

Гемангиомы сначала протекают бессимптомно, но в дальнейшем вызывают компрессионные симптомы с жалобами больных на слабость в конечностях, нарушение чувствительности и расстройство тазовых органов. Типичным считается отсутствие значительных болей.

Авторы наблюдали больного В., 23 лет, с гемангиомой четвертого поясничного позвонка. Через 3 месяца после падения с турника и ушиба области крестца появились боли в промежности, резь при мочеиспускании, задержка мочи. Внешних деформаций позвоночника не обнаружено, экскурсии его не ограничены. При покалывании позвоночника имела локальная болезненность в области четвертого и пя-